UNIVERSITATEA TRANSILVANIA DIN BRAȘOV
Facultatea de Psihologie și Științele Educației
Învățământ la distanță

Daniela Popa

TULBURĂRI DE COMUNICARE. ABORDĂRI TERAPEUTICE

Presa Universitară Clujeană

UNIVERSITATEA TRANSILVANIA DIN BRAȘOV
Facultatea de Psihologie și Științele Educației
Învățământ la distanță

DANIELA POPA

TULBURĂRI DE COMUNICARE

ABORDĂRI TERAPEUTICE

PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ
2020

Referenți științifici:

Conf. univ. dr. Laura-Elena Năstasă

Conf. univ. dr. Daniela Porumbu

ISBN 978-606-37-0770-4

© 2020 Autoarea volumului. Toate drepturile rezervate. Reproducerea integrală sau parțială a textului, prin orice mijloace, fără acordul autoarei, este interzisă şi se pedepseşte conform legii.

Universitatea Babeş-Bolyai
Presa Universitară Clujeană
Director: Codruța Săcelean
Str. Hasdeu nr. 51
400371 Cluj-Napoca, România
Tel./Fax: (+40)-264-597.401
E-mail: editura@editura.ubbcluj.ro
http://www.editura.ubbcluj.ro/

Cuprins

Introducere 5
Chestionar de evaluare inițială 9
Perspective socio – culturale în Terapia tulburărilor de limbaj și comunicare 10
1.1. Introducere 10
1.2. Competenţele unităţii de învăţare 11
1.3. Scurt istoric al terapiei tulburărilor de limbaj și comunicare 11
1.4. Dezvoltarea tipică a limbajului în ontogeneză 16
Factorii anatomo-fiziologici. Comunicarea totală 25
2.1. Introducere 25
2.2. Competenţele unităţii de învăţare 25
2.3. Factorii anatomo-fiziologici ai limbajului 26
2.4. Comunicarea totală 36
Test de evaluare a cunoștințelor 40
Modele explicative ale tulburărilor de limbaj și clasificarea acestora 43
3.1. Introducere 43
3.2. Competenţele unităţii de învăţare 43
3.3. Modele explicative ale tulburărilor de limbaj 44
3.4 Clasificarea tulburărilor de limbaj 46
3.5. Conștiința fonologică 48
3.6. Abordări în intervenția logopedică 50
Evaluarea tulburărilor de limbaj 56
4.1. Introducere 56
4.2. Competenţele unităţii de învăţare 56
4.3. Aspecte particulare ale testării vârstelor mici 57
4.4. Examinarea logopedică în perioada de la naștere la școlaritatea mică 59
4.5. Examinarea complexă începând cu vârsta școlară mică 60
4.6. Instrumente de evaluare 66
Tulburările de limbaj și dizabilitățile cognitive și intelectuale. 71
5.1. Introducere 71
5.2. Competenţele unităţii de învăţare 71
5.3. Tulburările de limbaj și ADHD 72
5.4. Tulburările de limbaj și Sindromul Down 74
5.5. Tulburările de limbaj asociate leziunilor cerebrale traumatice 76
5.6. Tulburările de limbaj și demența 78
Întârzierea în dezvoltarea limbajului 86
6.1. Introducere 86
6.2. Competenţele unităţii de învăţare 86
6.3. Delimitări conceptuale. Etiologie 87
6.4. Evaluare logopedică 92

6.5. Terapia logopedică 94
Test de evaluare a cunoștințelor 96
Dizartria 98
7.1. Introducere 98
7.2. Competenţele unităţii de învăţare 98
7.3. Delimitări conceptuale. Etiologie 99
7.4. Clasificarea tulburărilor dizartrice 101
7.5. Terapia logopedică 108
Tulburarea de ritm și fluență 115
8.1. Introducere 115
8.2. Competenţele unităţii de învăţare 115
8.3. Forme ale tulburărilor de ritm și fluență 116
8.4. Balbismul 118
8.5. Terapia logopedică la copii 121
8.6. Terapia cognitiv comportamentală 124
8.7. Terapia medicamentoasă 125
Test de evaluare a cunoştinţelor 128
Tulburările de limbaj ale persoanelor cu tulburare din spectrul autist 131
9.1. Introducere 131
9.2. Competențele unității de învățare 131
9.3. Descrierea tulburării din spectru autist 132
9.4. Tulburările de limbaj specifice persoanelor afectate de autism 136
9.5. Terapia logopedică 139
Abordări terapeutice în tulburările de limbaj și comunicare 147
10.1. Introducere 147
10.2. Competențele unității de învățare 147
10.3. Tipuri de terapii logopedice 148
10.4. Terapia logopedică cu caracter general – abordare directivă 152
Bibliografie 164

Introducere

Prezentul curs reprezintă o introducere în terapia tulburărilor de limbaj și comunicare, permițând studentului să se familiarizeze cu cele mai cunoscute dintre acestea. Selecția tulburărilor de limbaj și comunicare a fost realizată în urma studierii literaturii de specialitate, în funcție de prevalență în populația școlară și secundar cea adultă, pentru a pregăti viitorul specialist cu cunoștințele de bază necesare în domeniu.

Cursul se adresează studenților care urmează specializările psihologie, psihopedagogie specială, ciclul licență. Astfel, s-a încercat abordarea științifică a conținuturilor dintr-o perspectivă adecvată nivelului studenților, cu un nivel mediu de complexitate, în acord cu dezvoltarea competențelor necesare.

Unitățile de învățare sunt structurate într-o manieră logică, care să faciliteze învățarea. Cursul debutează cu o poziționare atitudinal - valorică asupra tematicii abordate, o scurtă introducere în domeniu, familiarizarea cu cele mai cunoscute modele explicative și o imagine de ansamblu asupra evaluării logopedice. În unitățile de învățare care urmează, sunt prezentate principalele tulburări de limbaj și comunicare, acestea fiind definite, evindențiindu-se principalele caracteristici și particularități. La finalul acestui material, se regăsește o scurtă recapitulare a elementelor esențiale ale terapiei tulburărilor de limbaj și comunicare.

Obiectivele cursului

Obiectivele cursului sunt reprezentate de:

- Achiziționarea informațiilor teoretice fundamentale pentru înțelegerea, explicarea şi aplicarea acestora în terapia deficienţelor de limbaj și comunicare;
- Formarea capacității de operaționalizare a conceptelor de bază utilizate în psihodiagnoza persoanelor cu tulburări de limbaj și comunicare;
- Formarea capacității de interpretare adecvată a cunoștințelor teoretice în vederea elaborării unor programe de intervenție psihopedagogică adaptate tipului şi gradului deficienței;
- Formarea capacității de interpretare a realităților psiho-lingvistice prin aplicarea cunoștințelor fundamentale ale Terapiei tulburărilor de limbaj și comunicare;
- Formarea abilității de aplicare a principiilor şi a normelor de deontologie profesională în relație cu drepturile și demnitatea persoanelor cu deficiență.

Competente conferite

C1 Operarea cu concepte fundamentale în domeniul psihologiei

C2 Proiectarea şi realizarea unui demers de cercetare în psihologie

C3 Evaluarea critică a situaţiilor problematice şi a soluţiilor posibile în psihologie

C5: Proiectarea şi realizarea intervențiilor psihologice

C6: Relaționare şi comunicare interpersonală specifică domeniului psihologiei

CT1: Executarea sarcinilor profesionale conform principiilor deontologice specifice în exercitarea profesiei

CT2: Aplicarea tehnicilor de muncă eficientă în echipa multidisciplinară pe diverse paliere ierarhice

Resurse și mijloace de lucru

Pentru înțelegerea acestui domeniu este recomandată parcurgerea bibliografiei indicate în fișa disciplinei. Pentru a rezolva unele dintre exercițiile propuse, este necesar să utilizați cunoștințe asimilate anterior, din domeniul psihologiei educaționale și fundamentele psihopedagogiei speciale. Se recomandă organizarea adecvată a timpului alocat activității de învățare la această disciplină, prin alocarea unui interval suficient de timp pentru a consulta resursele bibliografice recomandate, a recapitula și a redacta temele de control.

Structura cursului

Acest curs cuprinde 10 unități de învățare. La finalul fiecărei unități de învățare sunt oferite studenților scurte rezumate, teste de evaluare și de autoevaluare precum și prilejuri de reflecție.

Acest suport de curs este destinat susținerii activităților asistate. Prin urmare, studenții vor fi îndrumați spre frecventarea activităților de seminar.

În cadrul acestor întâlniri se vor discuta aspectele nelămurite, studenții vor primi informații suplimentare, în funcție de nevoile individuale de învățare, se vor rezolva probleme și aplicații practice și se vor stabili temele ce vor fi încărcate pe platforma elearning.

Cerințe preliminare

Disciplinele necesare a fi parcurse și eventual promovate înaintea acestei discipline sunt următoarele:

- Psihologie educațională
- Fundamentele psihopedagogiei speciale
- Psihologia vârstelor
- Psihodiagnostic

Durata medie de studiu individual

Timpul necesar parcurgerii unei UI este de aproximativ 2–3 ore de studiu individual.

Evaluarea

Componența notei finale va fi următoarea:

- Examen – probă scrisă cu itemi semiobiectivi și subiectivi: 60%
- Realizarea activităților de seminar: 40%

Chestionar de evaluare inițială

Analizați afirmațiile de mai jos și decideți dacă sunt adevărate sau false.

1.	Numai copii au probleme de limbaj și comunicare.	A	F
2.	Tulburările de limbaj nu trebuie neapărat corectate, ele se rezolvă de la sine, cu timpul.	A	F
3.	Doar după intrarea în școală poți diagnostica o tulburare de limbaj și comunicare.	A	F
4.	Bilingvii sunt mai deștepți decât monolingvii.	A	F
5.	Vorbirea adresată copilului contribuie la dezvoltarea cognitivă, afectivă și socială.	A	F
6.	Dacă gravida ascultă muzică în timpul sarcinii, atunci copilul va începe să vorbească mai repede comparativ cu covârsticii.	A	F
7.	Tulburările de limbaj se datorează unor erori în perceperea, înțelegerea și producerea exprimării sunetelor.	A	F
8.	Tulburările de limbaj se datorează unui retard mintal.	A	F
9.	Dislexia este o tulburarea a însușirii citirii.	A	F
10.	Copiii izolați social nu își dezvoltă normal limbajul.	A	F

Răspunsurile corecte la testul de evaluare inițială se află în chestionar de mai jos. Argumentarea corectitudinii răspunsurilor va fi posibilă după parcurgerea cursului.

Rezolvarea testului de evaluare inițială:

1. F; 2. F; 3. F; 4. F; 5. A; 6. F; 7. A; 8. F; 9. A; 10. A.

Perspective socio-culturale în Terapia tulburărilor de limbaj și comunicare

Cuprins

1.1. Introducere 10
1.2. Competențe 11
1.3. Scurt istoric al terapiei tulburărilor de limbaj și comunicare..... 11
1.4. Dezvoltarea tipică a limbajului în ontogeneză 16

1.1. Introducere

Terapia tulburărilor de limbaj și comunicare reprezintă o ramură a psihopedagogiei speciale care are ca obiect elaborarea unor metodologii, tehnici adecvate, care să permită oamenilor să comunice cât mai bine cu putință, în limita nivelului de dezvoltare a abilităților proprii.

Sintagma „Terapia tulburărilor de limbaj și comunicare" a fost propusă recent de specialiști (Bodea Hațegan, 2016), în spațiul științific românesc pentru a depăși sfera limitată a conceptului utilizat anterior și anume „Logopedia". Obiectul de studiu al logopediei este de a educa, de a corecta vorbirea (orală sau scrisă) tulburată, însă terapia tulburărilor de limbaj și comunicare nu își propune doar un demers corectiv-recuperativ și preventiv atât de restrictiv. Noul concept depășește sfera de întindere a logopediei, înglobând toate aspectele legate de limbaj și comunicare.

Vorbirea reprezintă modul în care spunem sunetele și cuvintele. Persoanele cu dificultăți de vorbire pot pronunța neclar sunetele, pot avea modificări de voce (de ex. răgușeală), pot repeta anumite sunete sau silabe sau întrerupe rostirea cuvintelor (balbism). Comunicarea reprezintă un proces de schimb de informații între un emițător și un receptor, folosind același cod și un canal de comunicare.

Limba reprezintă sistemul de cuvinte pe care îl utilizăm pentru a comunica și de a exprima gândurile, ideile. Tulburarea de limbaj se exprimă prin

imposibilitatea sau capacitatea limitată de înțelegere a limbajului, de a vorbi, scrie, citi (ASHA, 2019).

După o scurtă evidențiere a momentelor importante în evoluția disciplinei, studenții vor descoperi în această unitate de învățare etapele importante în dezvoltarea limbajului și vor recunoaște factorii anatomo-fiziologici ai limbajului.

1.2. Competenţele unităţii de învăţare

După parcurgerea acestei unități, studenții vor fi capabili:

- *Să definească tulburările de limbaj,*
- *Să ofere exemple de momente decisive în formarea limbajului în ontogeneză;*
- *Să analizeze critic domeniul terapiei tulburărilor de limbaj.*

Durata medie de parcurgere a primei unități de învățare este de 4 ore.

1.3. Scurt istoric al terapiei tulburărilor de limbaj și comunicare

Istoria terapiei tulburărilor de limbaj și comunicare a fost mai puțin studiată la nivel mondial. Există lucrări de specialitate care realizează periodicizări în câteva țări, dar specialiștii recunosc încă nevoia de evidențiere istorică a evoluției practicilor curente. În cele ce urmează, vom construi o cronologie (*timeline)* a momentelor decisive în terapia tulburărilor de limbaj și comunicare, fără pretenții de exhaustivitate, dar evidențiind principale contribuții în domeniu.

Tabel 1.3.1. Timeline. Etape importante în dezvoltarea domeniului terapiei tulburărilor de limbaj și comunicare

Anul	*Reprezentanți și contribuții*
1669	**Holder, William** (1616-1698) publică „Elemente de vorbire, un eseu de anchetă asupra producției naturale a literelor; cu un supliment privind persoanele surde și idioate”.
1778	**Heinicke, Samuel** înființează un institut pentru indivizii cu dizabilități auditive și cei cu tulburări de vorbire, introducând metoda de lucru orală.

1814	**Thelwall, John** (1764-1834) om politic, logoped și profesor de retorică, publică în 1814 „Tratarea cazurilor de deficiență de exprimare” (Treatment of Cases of Defective Utterance).
1825	**Gall, Franz Joseph** (1758-1828) face distincția între copiii cu dizabilități cognitive și cei cu tulburări de limbaj.
1861	**Broca, Pierre Paul** (1824-1880) a descris doi pacienți care și-au pierdut capacitatea de a vorbi după leziuni cerebrale, evidențiind legătura creier-comportament verbal, localizarea cerebrală a funcțiilor vorbirii.
1867	**Melville Bell, Alexander** (1819-1905) filolog, cercetător al foneticii psihologice. A publicat studii în domeniile ortoepicii (pronunție și fonologie) și al elocuțiunii. În 1867 crează metoda vorbirii vizibile (Visible speech) evidențiind pozițiile și mișcările organelor fono-articulatorii în vorbirea corectă.
1874	**Wernicke, Carl** (1848-1905) a observat că pacienții care au lobul temporal stâng vătămat, au dificultăți de vorbire și/ sau de înțelegere a propozițiilor. Descoperă aria cerebrală 41, responsabilă de procesarea limbajului.
1926	**Travis, Lee Eduard** (1896-1987) devine fondatorul profesiei de logoped în America. În 1926 scrie prima dintre multele lucrări despre bâlbâială. Este unul din primii 25 de membri care au înființat ASHA în 1925.
1937	**West, Robert W.** (1892-1968) publică lucrarea „Reabilitarea vorbirii”, este primul președinte al ASHA (The American Speech - Language - Hearing Association).
1937	**Orton, Samuel T**. (1879-1948) publică „Problemele de vorbire, citire și scriere ale copiilor”. Orton aduce o schimbare în practica logopedică, modernizând metodologia, evidențiind implicațiile psihologice ale tulburărilor de limbaj și vorbire. Este un pionier în studiul dislexiei și a tulburărilor de învățare.
1942	**Emil Froschels** lansează termenul „logopedie - foniatrie” în cadrul primului congres de la Viena a Societății internaționale de Logopedie și Foniatrie
1943	**Berry, Mildred Freburg** (1902-1993) **și Eisenson, Jon** (1907-2001) evidențiază conexiunile teoriei achiziției lingvistice cu terapia motor-articulatorie.
1945	Sfârșitul războiului mondial aduce o intensificare a preocupărilor asupra domeniului nu doar a lingviștilor ci și a fiziologilor, psihiatrilor, psihologilor.

1952	**Myklebust, Helmer Rudolph** (1910-2008) aduce *formarea simbolurilor* în sfera preocupărilor științifice ale domeniului.
1968	**Chomsky Noam** (1928 -) **și Halle Morris** (1923-2018) pun bazele **fonologiei generative.** Chomsky se evidențiază prin „teoria gramaticii generativ-transformaționale”.
1969	**Templin, Mildred** (1913-2008) cu o carieră bogată de psiholingvist, crează împreună cu Dr. Darley Frederick, în 1969, testele de articulare Templin-Darley, utilizate pentru a obține o descriere amănunțită și o evaluare completă a articulației copilului.
1972	**Van Riper, Charles Gage** (1905-1994), unul dintre cei mai de seamă reprezentanți ai terapiei balbismului, publică lucrarea „Corectarea vorbirii: Principii și metode” (Speech Correction: Principles and Methods).
1965-1975	**Era Psiholingvisticii** - perioadă caracterizată prin preocupări intense în urma teoriei lui Chomsky de a diferenția vorbirea copilului de cea a adultului. Se bazează pe ipoteze comportamentale ale atomismului (fonemele sunt atomii vorbirii) și periferalismului (metode de terapie de asociere stimul-răspuns). Modelul de diagnoză și terapie a afaziei permite primele distincții între vorbire și limbaj. La sfârșitul perioadei, studiile se concentrează asupra limbajului ca sistem structurat, cu propriile norme de funcționare.
1975-2000	**Revoluția pragmatică** accentuează aspectul instrumental al comunicării (conversația, construirea discursului, interacțiunea socială, abilitățile specific narative, eșafodajul în construirea unei abilități în context social) și încearcă să reducă barierele sociale și de mediu care apar în fața participării sociale a individului.

PUNCTE DE REFERINȚĂ ÎN DEZVOLTAREA DOMENIULUI ÎN ROMÂNIA	
1922	**Popovici, Iosif** crează primul laborator de fonetică experimentală la Cluj.
1929-1930	**Rosetti, Alexandru** înființează un laborator de fonetică experimentală la București.
1976	**Păunescu, Constantin** publică „Introducere în logopedie”.
1997	**Vrășmaș, Ecaterina** publică „Terapia tulburărilor de limbaj. Intervenții logopedice”.
2003	**Verza, Emil** publică „Tratat de logopedie”.
2016	**Bodea Hațegan, Carolina** publică „Logopedia. Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise”.

Începuturile preocupărilor din domeniu au fost orientate în direcția foniatriei, cu concentrarea eforturilor științifice și practice spre „întreținerea organelor fonatoare și patologia vocii” (Cocoradă, Năstasă, 2007, p. 149). Istoria terapiei tulburărilor de limbaj și comunicare ancorează primul congres de logopedie și foniatrie (Viena, 1942) ca fiind un moment în care cele două direcții, logopedia și foniatria, încep o dezvoltare separată.

Ortofonia are ca obiect de activitate reabilitarea auzului și a limbajului. Termenul *logopedie* provine din termenii greceşti *logos,* cu semnificația de *cuvânt,* și *paideia* reprezentând *educație.* Domeniul științific al logopediei circumscrie „abordarea limbajului prin prisma reeducării acestuia, modelării, achiziției limbajului și corectării tulburărilor survenite în procesul de achiziție” (Bodea Hațegan, 2016, p. 23).

Terapia tulburărilor de limbaj și vorbire este o sintagmă de proveniență anglo-saxonă (*speech and language therapy*), care a fost adoptată de specialiști pentru a desemna cu exactitate realitatea practică a domeniului. Prin acest termen se evidențiază distincția dintre componenta expresivă (producere, exprimare) și cea receptivă (decodare, înțelegere) a limbajului. Pentru spațiul științific românesc, are o mai mare relevanță înlocuirea traducerii ad literam *terapia tulburărilor de limbaj și vorbire* cu sintagma *terapia tulburărilor de limbaj și comunicare* (Bodea Hațegan, 2016, p. 26). Termenul *comunicare* permite evidențierea acelor componente legate de limbajul nonverbal și paraverbal care sunt elemente definitorii ale unor tulburări de care se ocupă acest domeniu.

Deși poate crea confuzie această delimitare conceptuală, ea este necesară pentru a defini corect, sfera obiectului de activitate a acestei științe. Termenii discutați anterior prezintă un grad ridicat de similaritate și diferențe minore de nuanță, întrucât au evoluat dintr-unul în altul, exprimând evoluția conceptuală și metodologică a domeniului. Termenul de *Logopedie* corespunde unei orientări în care practicienii erau preocupați de dezvoltarea unor programe recuperative, în care se punea accent pe învățarea behavioristă a regulilor fonologice și gramaticale, prin repetarea consistentă a sarcinii de lucru.

Sintagma *Terapia tulburărilor de limbaj* apare în schimbarea paradigmei din domeniu, preocupările fiind orientate spre procesarea regulilor mai sus amintite, a descoperirii modalităților în care mesajele sunt utilizate în contextele culturale și situaționale ale comunicării cotidiene. Noile terapii logopedice au în centrul preocupărilor, comunicarea contextuală. Inclusiv mediul în care terapia tulburărilor de limbaj și comunicare are loc devine adecvat acestei perspective, desfășurându-se în sălile de clasă, școală, acasă, centre comunitare.

Terapia tulburărilor de limbaj presupune asigurarea unor servicii descrise în secțiunea 15 din IDEA 2004:

> „Serviciile pentru patologia limbajului și vorbirii includ: (a) identificarea copiilor cu tulburări de limbaj și vorbire; (b) diagnoza și evaluarea tulburărilor specifice de limbaj; (c) recomandarea pentru servicii medicale sau alte profesii necesare pentru reabilitarea tulburărilor de limbaj și vorbire; furnizarea de servicii specializate pentru limbaj pentru corectarea sau prevenirea tulburărilor de comunicare; și (d) consilierea și ghidarea părinților, copiilor și a cadrelor didactice privind tulburările de limbaj și comunicare ”(Yell, Shriner, & Katsiyannis, 2006).

> Asociația americană de vorbire - limbaj și auz (ASHA, 1993) definește ***tulburarea de limbaj*** ca reprezentând:
> ***„înțelegerea afectată și / sau utilizarea deteriorată a sistemului de simboluri din vorbire, scriere și / sau a unui alt sistem de simboluri. Tulburarea poate face referire la (1) forma limbii (fonologie, morfologie, sintaxă), (2) conținutul limbajului / limbii (semantică) și / sau (3) funcția limbajului în comunicare (pragmatică) în orice combinație.” (p. 41)***

Prin urmare, specialistul în terapia tulburărilor de limbaj și comunicare este un „profesionist calificat care identifică și evaluează tulburările de limbaj și comunicare și furnizează servicii specializate în vederea îmbunătățirii funcționării comunicative pentru a permite elevului cu o dizabilitate să beneficieze de serviciile de educație specială” (Causton, Tracy-Bronson, 2014, p. 27). De asemenea, a fi un bun terapeut presupune deținerea mai multor calități precum: o puternică orientare spre a-i ajuta pe ceilalți, abilități de interacțiune și comunicare socială, bucuria de a avea contacte apropiate cu alți oameni, curiozitate, preocupare științifică asupra modului în care se realizează comunicarea, un nivel ridicat de confort în a lucra cu persoane cu dizabilități (Paul, Ed., 2014).

Aplicații

- Reflectați asupra perioadei lingvistice (1965-1975) și revoluția pragmatică (1975-2000) în istoria patologiei vorbirii și limbajului și determinați principalele momente decisive. Realizați o analiză comparativă a celor două perioade. Puteți consulta site-ul: https://www.acsu.buffalo.edu/~duchan/1965-1975.html
- Realizați o analiză comparativă a termenilor „logopedie", „terapia tulburărilor de limbaj și vorbire" și „ terapia tulburărilor de limbaj și comunicare". Explicați diferențele dintre concepte și justificați alegerea criteriilor de comparație.
- Pornind de la serviciile descrise în secțiunea 15 din IDEA 2004, formulați o definiție operațională a *terapiei tulburărilor de limbaj și comunicare.*

Să ne reamintim...

Cele mai spectaculoase descoperiri care au influențat domeniul terapiei tulburărilor de limbaj au fost:

- Descoperirea ariei Broca;
- Descoperirea ariei Wernicke;
- Teoria gramaticii generativ - transformaționale a lui Chomsky;
- Contextualizarea tulburării în situații reale de viață socială și culturală a persoanei afectate;
- Evoluția domeniului terapia tulburărilor de limbaj și comunicare prin contribuțiile aduse de foniatrie, ortofonie, psiholingvistică, medicină, logopedie.

1.4. Dezvoltarea tipică a limbajului în ontogeneză

Terapeutul tulburărilor de limbaj și comunicare lucrează cu clienți de vârste diferite, de la nou-născuți la vârstnici. De exemplu, cu sugarii prematuri lucrează pentru ca aceștia să își formeze abilitățile de hrănire, de înghițire și dezvoltă abilitățile de comunicare și interacțiune copil – părinte. Logopedul lucrează cu copii antepreșcolari, preșcolari, care suferă de o

dizabilitate auditivă, protezați sau nu, cu sau fără implant cohlear, cu copiii cu dizabilități intelectuale sau de dezvoltare (tulburare din spectrul autist, anomalii congenitale, etc.).

De asemenea, o altă categorie de clienți sunt copiii de școlaritate mică, care suferă de tulburări specifice de învățare, tulburări de articulare, tulburări de ritm și fluență precum și cei care nu au fost diagnosticați la o vârstă mai fragedă cu dizabilitățile amintite anterior. Munca logopedului presupune atât remediere, corectare, cât și prevenția instalării tulburărilor de limbaj. O altă categorie de clienți sunt copiii, preadolescenții și adolescenții care suferă de tulburări sociale și emoționale ce afectează comunicarea precum: mutismul selectiv, sindrom Asperger, afecțiuni psihice.

Adulții care beneficiază de serviciile logopedice sunt fie cei cu dizabilități de dezvoltare, fie cei care suferă de anumite boli sau au avut o intervenție chirugicală care a afectat funcționarea corzilor vocale sau nervii cranieni, un accident cerebral traumatic, fie cei care din diverse motive (personale, profesionale, un mediu de lucru sau de viață toxic) ajung în stare de incapacitate sau cu posibilități limitate de a comunica. Vârstnicii sunt o categorie extrem de vulnerabilă în a dezvolta tulburări de limbaj și comunicare. Un procent destul de ridicat dintre aceștia experimentează diminuarea sau pierderea auzului. Aceștia sunt mult mai expuși la a suferi boli neurologice precum Parkinson, Alzheimer, boala Lou Gehrig etc.

În România, sunt puține cazuri în care terapia logopedică începe din perioada infantilă, din motive socio-economice și culturale. Totuși, literatura de specialitate evidențiază anumite momente importante în dezvoltarea limbajului individului, care pot fi un bun reper pentru părinți și specialiști (medic, educator) pentru a facilita o intervenție timpurie.

> ***Definim limbajul ca fiind „un sistem organizat de semnale arbitrare și structuri guvernate de reguli care sunt utilizate ca mijloc de comunicare" (Brandone, Salkind, Golinkoff, & Hirsh-Pasek, 2006, p. 499).***

Dezvoltarea limbajului este condiționată de dezvoltarea fizică și cea psihică generală, în special de evoluția intelectuală și cea socio-emoțională. Dezvoltarea limbajului poate fi încetinită sau deteriorată prin apariția dezechilibrelor și leziunilor atât la nivel cerebral cât și la nivel fizic (aparatul fono-articulator).

Limbajul se dezvoltă etapizat, fiecare stadiu având elemente specifice, dependente de evoluția cerebrală, potențând activitatea intelectuală, fiind în strânsă legătură cu caracteristicile mediului socio-cultural în care copilul trăiește.

Tabel 1.4.1. Repere în achiziția limbajului de la naștere la 18 ani

Repere în achiziția limbajului de la naștere la 18 ani	
0-10 luni	**Vorbirea prelingvistică** Naștere – primul țipăt; 0-3 luni – țipete diferențiate, manifestări vocale, gângurit, râs, reacții la sunete, întoarce capul în direcția vocii umane, modulări ale tonului laringian; 3-5 luni – antrenarea mușchilor în activitățile de supt, masticaţie, deglutiţie permit apariția consoanelor, sunetele produse de sugar devin intenționate, exprimând stările de (dis)confort, apariția lalațiunii (enumerare de consoane și vocale fără sens), prezintă interes pentru anumite tipare sonore; 5-6 luni – emite sunetele vorbirii, se întoarce la chemare, răspunde vocal la o relație socială; 6-9 luni – utilizează gesturi pentru a comunica, reacții de adaptare la cuvinte familiare, exprimă confuzie la cele necunoscute, combină silabe, pronunță „mama”, „tata”; 9-10 luni – imită intenționat sunete;
10-14 luni	Discriminează sunetele limbii materne, pronunță primul cuvânt, înțelege sarcini verbale simple;
14-18 luni	Rostește 3-6 cuvinte, denumirile obiectelor familiare, limbajul pasiv se îmbogățește, face gesturi cu un nivel mai ridicat de complexitate, indică părți ale corpului, apar gesturile simbolice, înțelege întrebări, interdicția;
18-24 luni	Asociază cuvinte, limbajul devine din ce în ce mai inteligibil, asimilează multe cuvinte noi, limbajul expresiv cuprinde între 50 și 400 de cuvinte, numește 3 imagini, exprimă relații dintre ființă-acțiune, agent-obiect, acțiune-obiect, acțiune-locație;
24-30 luni	Formează propoziții din două cuvinte, combină tot mai multe cuvinte, identifică 7 imagini, apariția primului pronume, jocuri comunicative și rutine, înțelege și utilizează întrebări precum: Ce?, Cine?, utilizează 2 prepoziții;
30-36 luni	Pronunță până la 1000 de cuvinte, un procent considerabil sunt inteligibile, alcătuiește primele fraze, folosește plurarul și timpul trecut, face diferența dintre „în” și „fără”, cunoaște și folosește adjective, progres în ceea ce privește sintaxa, reține primele reguli de formare a propozițiilor;

3-5 ani	Denumește minim 4 culori, arată pe degete ce vârstă are, execută comenzi care presupun utilizarea mai multor cuvinte, spune numele, utilizează întrebări precum „când” și „cum”, utilizează și înțelege însușiri opuse (mic-mare), utilizează „pentru că”, conjuncția „și”;
6 -7 ani	Utilizează frecvent mai multe însușiri ale obiectelor, cunoaște mai multe însușiri opuse, își cunoaște adresa și spune numărul de telefon, dezvoltă abilitățile narative, construiește o poveste după imagini, folosește raționamente de tip cauză-efect „dacă .....atunci....”, utilizează corect acțiunile pe axa timpului (ieri-azi-mâine), este capabil de reorganizare lexicală de la nivelul episodic la rețele semantice, deține un vocabular de aproximativ 5000 de cuvinte, din care cca. 1500 – 1600 cuvinte fac parte din vocabularul activ;
7-9 ani	Frecventarea școlii permite îmbogățirea constantă a limbajului, însușirea scris-cititului, definește cuvintele, utilizează noi categorii precum: sinonime, antonime, omonime și paronime, compozițiile literare devin mai bogate, utilizarea limbajului figurativ, a ironiei;
9-12 ani	Utilizează un vocabular complex, termeni abstracți, un limbaj mult mai specific și nuanțat, în sfera preocupărilor apar lecturi mai numeroase și mai complexe, utilizează conjuncțiile adverbiale, învață reguli și analize gramaticale complexe;
12-14 ani	Utilizează definiții abstracte, explică contextual semnificațiile proverbelor;
15 18 ani	Deține în medie un vocabular de 10 000 de cuvinte.

Sistematizare având la bază periodicizările realizate de Papalia et all. (2009), Brandone, et all. (2006), Păunescu (1976).

Orice formă de întârziere a limbajului trebuie investigată și tratată. O intervenție logopedică timpurie este necesară pentru eliminarea sau diminuarea posibilelor efecte negative asupra dezvoltării. Cauzele întârzierii în dezvoltarea limbajului sunt multiple. Pot fi cauze genetice, anomalii ale dezvoltării fizice, deficiențe de auz, slabe stimulări lingvistice, întârzieri în dezvoltarea cognitivă, îmbolnăviri, etc.

În continuare vom realiza o periodizare a principalelor repere în dezvoltarea articulării sunetelor limbii române. Această periodizare este orientativă, variabilitatea individuală permițând realități lingvistice variate. Numai o evaluare individuală amănunțită permite obținerea unor concluzii relevante.

Tabel 1.4.2. Repere în dezvoltarea articulării sunetelor

Repere în dezvoltarea articulării sunetelor		
Vârstă	**Sunete**	**Erori în pronunție sau înlocuirile de sunete**
3 ani	a, e, i, o, u, ă, î, p, b, m, h	
4 ani	n, t, d, c, g, gi	k, gi-ci
5 ani	f, s, ș, chi, ghi, ghe, ghi	ș, ș, chi-ci, ghigi, ghe-ge, ghi-gi
6 ani și 6 luni	l, j, v	l, ș, c, j
6 ani	s, z, ex., sm, gl, bl, ps	
6 ani și 6 luni	R	s, r

Adaptare după Sander, E. K. (1972). When are speech sounds learned?. *Journal of speech and hearing disorders*, *37* (1), 55-63.

O importanță deosebită trebuie acordată ***utilizării gesturilor***. Încă de la 11 luni, copiii învață să utilizeze gesturile ca primă formă de comunicare, indicând ceea ce doresc. Învață gesturile de reprezentare (arată biberonul), pe cele sociale (clătinat din cap pentru „nu", dă din cap pentru a exprima acordul „da", scutură mâna pentru a-și lua rămas bun „pa", întinde brațele pentru a fi îmbrățișat), apoi pe cele simbolice pentru a exprima condiții concrete sau proprietăți ale obiectelor (suflat pentru a exprima fierbinte). Pe măsură ce pronunță noi cuvinte, folosesc un amestec de cuvinte și gesturi („lămâia e câh" pentru a exprima faptul că e acră), iar când fondul vocabularului atinge aproximativ 25 de cuvinte, gesturile sunt folosite tot mai rar în vorbire. Cu cât utilizează mai de timpuriu gesturile, cu atât învață să vorbească mai repede. Din acest motiv, adesea în terapia logopedică, copiii *ne-verbali* învață prima dată să utilizeze gesturile, apoi onomatopee („cățelul face ham-ham").

Un fenomen interesant este **solilocviul.** Prin acest termen se definește vorbirea cu voce tare, dar pentru sine, nu pentru a comunica cu ceilalți. Apare când copilul are aproximativ 4 ani și se poate menține până la vârta de 10 ani sau mai mult. Dacă Piaget, (1923/2003) judeca acest comportament ca o dovadă a imaturității cognitive, Vîgoțki considera că este o formă de comunicare cu sine, întreținută de experiența socială, o etapă a interiorizării schimburilor lingvistice (Fernyhough & Fradley, 2005). Cercetări ulterioare arată că solilocviul are un rol

important în dezvoltarea comportamentelor autoreglate, fiind des utilizat nu doar în joc, ci și în rezolvarea de probleme (Murata, 1979; El-Henawy, Dadour, Salem, & El-Bassuony, 2012; Lillard, Lerner, Hopkins, Dore, Smith, & Palmquist, 2013). Literatura de specialitate dovedește că acest fenomen este prezent nu doar la copiii care aud, ci și la cei cu dizabilități de auz. Specialiștii au emis ipoteza conform căreia comunicarea cu sine ar putea compensa lipsa input-ului auditiv, ajutând la auto-întărirea comportamentului (joc, învățare) pe care comunicarea cu sine, pentru sine o însoțește (Zimmermann, & Brugger, 2013).

Aplicație

Copiii care aud vorbindu-se acasă două limbi, le învață în același ritm cu cei expuși la o singură limbă?

Reflectați asupra activității de a citi cu voce tare copilului de vârstă antepreșcolară. Care credeți că sunt beneficiile pe care activitatea le aduce dezvoltării cognitive? Există și dezavantaje? Care ar fi acestea?

Aplicații

Descrieți situații / contexte în care copiii până în 20-24 de luni utilizează **vorbirea telegrafică**, formată doar din cuvinte esențiale.

Argumentați un punct de vedere asupra achiziționării limbajului. Copiii învață prin condiționare operantă și întărire sau abilitățile lingvistice sunt înnăscute?

Alegeți o teorie a învățării și argumentați cum se explică achiziția limbajului prin perspectiva acestei teorii. Argumentați implicațiile pe care această teorie le are în explicarea achiziționării limbajului la copiii cu deficiențe de auz.

Argumentați cum contribuie la dezvoltarea volumului vocabularului copilului factori precum: interacțiunea cu familia, statutul socio-economic, nivelul de educație al părinților, existența fraților mai mari.

Să ne reamintim...

Tulburările de limbaj și comunicare pot apărea la orice vârstă.

În funcție de particularitățile psihologice și de vârstă ale clientului, demersul terapeutic poate fi personalizat.

Intervenția timpurie este un ingredient esențial asigurării reușitei terapiei logopedice.

Etapele în achiziția limbajului

0-6 luni plâns, gângurit, lalațiunea = vorbire prelingvistică;

6-8 luni repetă silabe, cunosc sunetele de bază ale limbii native, utilizează gesturi, comportamente ca formă de exprimare și înțelegere a limbajului;

10-14 luni primul cuvânt rostit;

12-18 luni cuvântul frază;

16-24 luni denumește multe obiecte familiare;

18-24 luni prima propoziție scurtă;

3 ani propoziții simple, dar complete;

5-6 ani limbaj intern;

6-7 ani scris, citit;

După 7 ani perfecționarea continuă a limbajului.

Factorii care influențează dezvoltarea limbajului

Statutul socio-economic al familiei, bilingvismul, vorbirea adresată copilului, stimularea atenției auditive și a producției verbale, cititul de povești copiilor, igiena căilor respiratorii și a urechilor, evitarea factorilor dăunători, protejarea copilului de zgomote puternice, etc.

Referințe bibliografice

1. American Speech-Language-Hearing Association. (1993). *Asha* (Vol. 35). The Association.
2. ASHA (2019). *Speech and Language Disorders.* Accesat în 22.04.2019, https://www.asha.org/public/speech/disorders/
3. Bodea Haţegan, C. (2016). *Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise.* București, România: Editura Trei.
4. Brandone, A., Salkind, S., Golinkoff, R. M., & Hirsh-Pasek, K. (2006). Language development. In G. Bear & K. Minke (Eds.), *Children's needs: Development, prevention, and intervention*, pp. 499-514. Bethesda, MD: National Association of School Psychologists
5. Causton, J., Tracy-Bronson, C. P. (2014). *The speech-language pathologist's handbook for inclusive school practices.* Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Company.
6. Cocoradă, E., Năstasă, L. E., (2007). *Fundamentele psihopedagogiei speciale. Introducere în logopedie.* Sibiu, România: Psihomedia.
7. El-Henawy, W. M., Dadour, E. S. M., Salem, M. M., & El-Bassuony, J. M. (2012). The effectiveness of using self-regulation strategies on developing argumentative writing of EFL prospective teachers. *Journal of the Egyptian Association for Reading and Knowledge, 27*(1), 1-28.
8. Fernyhough, C., & Fradley, E. (2005). Private speech on an executive task: Relations with task difficulty and task performance. *Cognitive Development, 20*(1), 103–120. doi:10.1016/j. cogdev.2004.11.002
9. Lillard, A. S., Lerner, M. D., Hopkins, E. J., Dore, R. A., Smith, E. D., & Palmquist, C. M. (2013). The impact of pretend play on children's development: A review of the evidence. *Psychological bulletin, 139*(1), 1.
10. Murata, M. (1979). The recitative soliloquy. *Journal of the American Musicological Society, 32*(1), 45-73.
11. Papalia, D.E., Wendkos Olds, S., Duskin Feldman, R. (2010). *Dezvoltarea umană.* București, România: Editura Trei.
12. Paul, R. (Ed.). (2014). *Introduction to clinical methods in communication disorders (3rd ed.).* Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Company.
13. Păunescu, C., Toncescu, N., Soreescu, V., Neagu, M., (1976). *Introducere în logopedie.* Bucureşti, România: Editura didactică și pedagogică.
14. Piaget, J. (1923/2003). *Language and thought of the child.* New York, NY: Routledge.
15. Sander, E. K. (1972). When are speech sounds learned?. *Journal of speech and hearing disorders*, *37* (1), 55-63.

16. Yell, M. L., Shriner, J. G., & Katsiyannis, A. (2006). Individuals with disabilities education improvement act of 2004 and IDEA regulations of 2006: Implications for educators, administrators, and teacher trainers. *Focus on exceptional children*, *39*(1), 1-24.
17. Zimmermann, K., & Brugger, P. (2013). Signed soliloquy: Visible private speech. *Journal of deaf studies and deaf education, 18(*2), 261-270.

TEMA DE CONTROL 1 (TC1)

Realizați un eseu în care să evidențiați principalele etape ale evoluției limbajului în ontogeneză.

Sugestii de redactare:

Eseul va avea maxim 800 de cuvinte (marginile paginilor 2,5 cm fiecare latură, scris cu Times New Roman, 12, spațiere 1,5).

Pe lângă corectitudinea informațiilor, se punctează și evidențierea unui punct de vedere personal asupra importanței cunoașterii principalelor etape ale evoluției limbajului.

Factorii anatomo-fiziologici. Comunicarea totală

Cuprins

2.1. Introducere *25*
2.2. Competențe *25*
2.3. Factorii anatomo-fiziologici ai limbajului *26*
2.4. Comunicarea totală 36

2.1. Introducere

În această unitate de învățare sunt prezentate elementele componente ale aparatului fono-articulator. Sunt descrise funcțiile principale și secundare pe care le îndeplinesc în cadrul organismului și funcțiile în actul comunicării precum și efectele afectării acestor subsisteme.

Comunicarea totală este analizată în relație cu factorii anatomo-fiziologici. Comunicarea totală este definită ca structură formată din „cele două forme de limbaj, verbal și nonverbal, ceea ce înseamnă o exprimare deplină a tuturor intențiilor și a ideației subiectului, odată cu creșterea resurselor de înțelegere a celor din jur, de interacțiune și adaptare la mediul psihosocial" (Verza, 2009, p.29).

2.2. Competenţele unităţii de învăţare

După parcurgerea acestei unități, studenții vor fi capabili:

- *Să identifice elementele aparatului fono-articulator,*
- *Să evalueze critic factorii care periclitează integritatea structurii anatomo-fiziologice a limbajului;*

Durata medie de parcurgere a primei unități de învățare este de 4 ore.

2.3. Factorii anatomo-fiziologici ai limbajului

Viaţa e aspiraţie, inspiraţie şi expiraţie.
Salvador Dali

Anatomia este știința care investighează ***structura organismului uman***, animal sau vegetal și legăturile dintre toate organele care intră în alcătuirea sa. *Fiziologia* este o ramură a biologiei care **studiază funcțiile** organismului viu (animal sau vegetal). Sunetele vorbirii sunt produse în aceleași condiții ca și producerea zgomotelor în general. Este necesar un *impuls* care generează oscilații într-un corp. Aceste oscilații determină apariția tonurilor și a zgomotelor, iar pentru compunerea timbrului sunetului este necesar un rezonator. ***Impulsul*** care determină formarea sunetelor vorbirii este ***curentul de aer.*** Acestă urcă din plămâni prin bronhii şi trahee, străbate laringele, urmând calea: glotă, cavitatea faringală, bucală şi nazală, fiind eliminat în exterior. Specialiștii compară adesea aparatul fono-articulator cu un complex instrument muzical de suflat.

În anatomia și fiziologia vorbirii, **4 sisteme anatomice au deosebită importanță.** Primul sistem este cel ***respirator*** cu componentele sale, al doilea sistem este cel ***fonator/ rezonator*** cu componente ale sistemului respirator și digestiv, sistemul ***articulator*** din care fac parte fața, gura și nasul și ***sistemul nervos*** cu centrii sistemului nervos central (SNC) ce controlează procesele de vorbire.

Sistemul respirator are ca principalele funcții două procese esențiale, obținerea oxigenului (O_2) și eliminarea dioxidului de carbon (CO_2). O funcție secundară a organelor respiratorii este filtrarea particulelor de aer. Acesta ajută la controlul temperaturii și a umidității din aer, ajută la producerea sunetelor în vorbire și joacă un rol foarte important în simțul olfactiv și reglarea pH-ului.

Organele sistemului respirator sunt:

Nas, Cavitatea nazală,
Cavitatea bucală
Sinusuri, Faringe, Laringe,
Trahee, Bronhii,
Plămâni, Diafragmă.

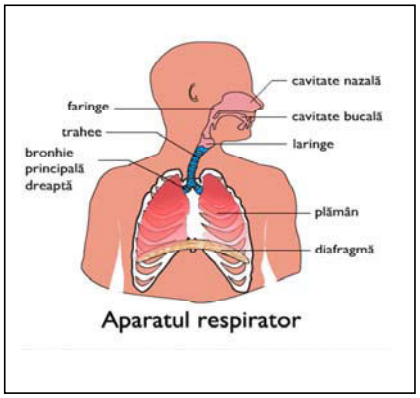


Figura 2.3.1. Aparatul respirator

Cavităţile supralaringale sunt: *cavitatea nazală, cea bucală și cea faringală.*

Nasul este acoperit cu piele și este susținut intern de oase și cartilaje. Nările externe permit intrarea și ieșirea aerului. Firele de păr din interiorul acestora au rolul de a proteja cavitatea nazală, împiedicând intrarea particulelor dăunătoare aduse de aer.

Cavitatea nazală este spațiul din spatele nasului, divizat de **septum nasal. Rolul** acesteia este de a conduce aerul, găzduiește simțul olfactiv, încălzește aerul înainte ca acesta să ajungă în plămâni, iar mucoasa din cavitate are rol de protecție împotriva infecțiilor respiratorii (cilia, mucus).

Funcţia cavității nazale este cea de rezonator auxiliar. Vălul palatului, adică partea posterioară, mobilă a palatului permite trecerea cursivă sau nu, a curentului de aer. *Rolul cavității nazale în vorbire* îl regăsim în realizarea unor sunetelor *nazale:* “m” şi “n”. Curentul de aer poate intra în cavitatea nazală, atunci când vălul palatin este coborât. Când vălul palatin este în poziție ridicată, o mare parte a curentului de aer pătrunde în cavitatea bucală, permițând rostirea și formarea sunetelor *orale.* Aparatul periferic al vorbirii este o structură complexă, care presupune coordonarea subtilă a unor multitudini de mişcări care se derulează simultan.

Aplicaţie

Deviația de sept produce dificultăți de respirație? Care sunt consecințele deviației de sept? Argumentați răspunsul.

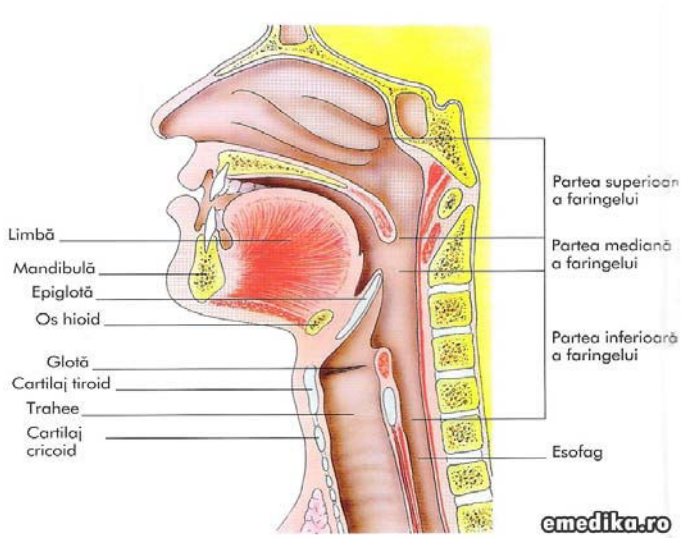


Figura 2.3.2. Organele sistemului respirator

Cavitatea bucală este unul dintre rezonatori extrem de semnificativi ai undelor sonore. Sonoritatea definitivă a vocalelor este determinată de mărimea şi forma cavităţii bucale. Cavitatea bucală creează obstacole variate pentru unda sonoră transmisă de aerul respirat. Aceste obstacole, mai degrabă ciocniri ale aerului expirat de anumite formațiuni crează sunete zgomotoase cunoscute sub denumirea de consoane.

C*avitatea bucală* are un rol esențial în formarea sunetele limbii. În compunerea acesteia descoperim **organe active şi pasive,** în funcție de gradul lor de mobilitate. Sunt considerate organe pasive: dinţii (inferiori, superiori), alveolele, palatul mediu (partea mediană a palatului) și palatul dur (partea anterioară a palatului). Se numesc organe active: limba, buzele (inferioare, superioare), maxilarul inferior, palatul posterior sau vălul palatin (palatul moale), uvulă (omuşor, luetă). Limba este alcătuită din cinci părţi: apex (vârful limbii), partea anterioară, partea posterioară, partea mediană, radix. Poziţia limbii în cavitatea bucală este hotărâtoare pentru tiparul sunetului produs.

În funcţie de denumirile anatomice ale cavităţilor care participă la formarea sunetelor s-au definit și denumirile sunetelor produse în zonele asociate. Astfel, în laringe este produs sunetul laringal, în faringe se formează sunetul faringal, vălul palatin participă la formarea sunetelor velare, palatul mijlociu participă la producerea sunetelor mediopalatale, palatul dur este semnificativ pentru sunetele anteropalatale, alveolele sunt esențiale în emiterea sunetelor alveolare, dinţii sunt importanți în apariția sunetelor dentale, buzele sunt fundamentale pentru sunetele labiale, apexul pentru obținerea sunetului apical, buza de jos şi dinţii de sus sunt necesare pentru provocarea sunetelor labiodentale, partea posterioară a limbii este crucială pentru geneza sunetelor posterolinguale, iar partea dorsală este esențială pentru emiterea sunetelor dorsale.

Faringele este localizat în spatele cavității bucale, între cavitatea nazală și laringe. Acesta îndeplinește 3 **roluri:** cel de pasaj pentru circuitul alimentar din cavitatea bucală spre esofag, asigură trecerea fluxului de aer între cavitatea nazală și laringe și ajută la producerea sunetelor. Cavitatea faringală are rol de rezonator amplificând sunetul.

Laringele este apreciat ca fiind un organ complex cu funcţie de sfincter, fiind amplasat la nivelul conectării dintre tractul digestiv şi tractul respirator. Acesta are un rol semnificativ în protecţia căilor respiratorii şi realizarea fonaţiei. Laringele este compus din trei cartilaje (cricoid, tiroid și aritenoid). *Cartilajul cricoid* care este localizat la baza laringelui și este conectat cu traheea. *Cartilajul tiroid* formează o proeminență numită în termeni populari “mărul lui Adam”. *Cartilajul aritenoid* are formă triunghiulară, cu baza

înspre cap. Aceste cartilaje sunt interconectate prin muşchi, luând forma unui canal deschis în partea superioară.

Comunicarea cu laringele se face prin *epiglotă*, care este un cartilaj a cărui formă seamănă cu conturul unei pere. În interiorul laringelui, într-o dispoziție transversală, se pot observa două legături de mușchi mobili denumite *coarde vocale,* ce se află dispuse între cartilajul tiroid şi cel aritenoid.

Laringele îndeplinește **funcţii multiple**. Una dintre cele mai semnificative funcții este de a proteja căile respiratorii inferioare de posibili factori vătămători. O altă funcție este de a participa la procesul de respiraţie, iar a treia este de a participa la procesul de fonaţie.

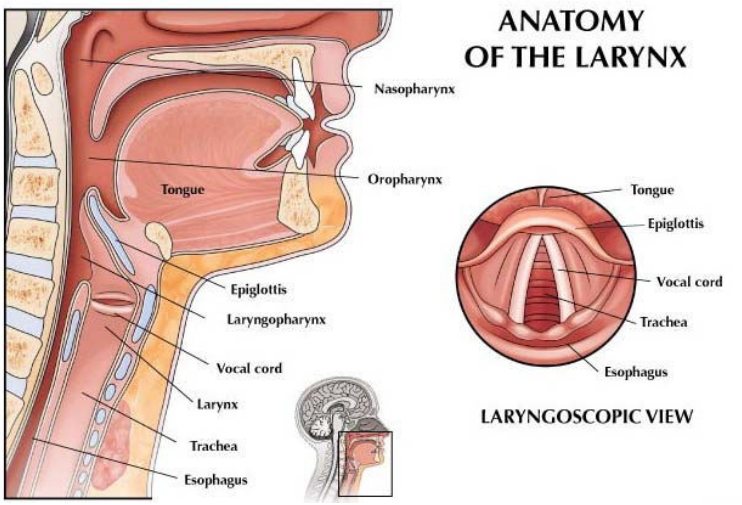


Figura 2.3.3. Anatomia laringelui. Aspect general

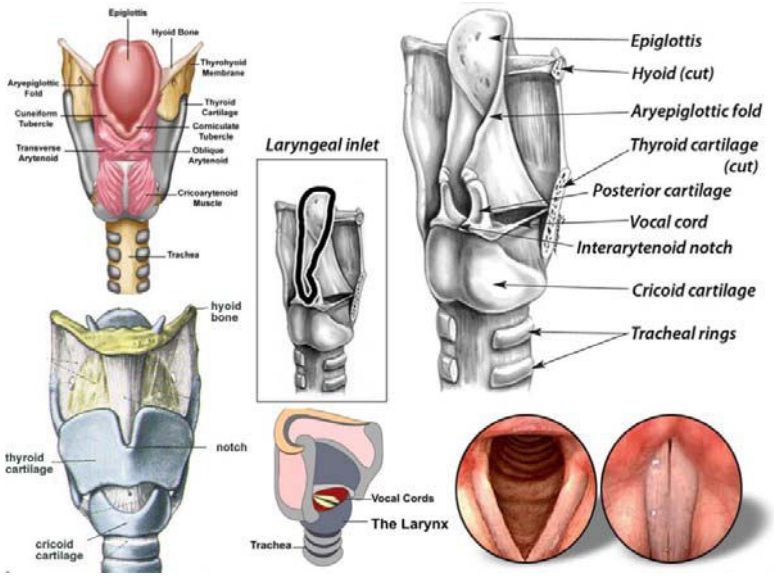


Figura 2.3.4. Anatomia laringelui, planșe detaliate

Epiglota este descrisă ca fiind un cartilagiu de mici dimensiuni, localizat în partea superioară a laringelui. Epiglota are forma unei lame de cartilagiu, fiind acoperită de o mucoasă. Baza epiglotei este conectată și articulată la restul laringelui. Epiglota este legată de baza limbii, găsindu-se chiar deasupra și în fața acesteia. Glota este o formațiune care, prin mișcarea sa, permite fluxul curentului de aer dinspre plămâni înspre cavităţile bucală şi nazală și în sens invers spre plămâni. Atunci când glota este închisă, nici respiraţia, nici vorbirea nu se pot realiza.

Studiile anatomice arată că ființa umană deține patru coarde vocale: două coarde vocale propriu-zise şi două coarde vocale false, care alături de epiglotă obstrucționează pătrunderea alimentelor în laringe. Influența mușchilor aferenți coardelor vocale asupra coloanei de aer care traversează tubul fonator este evidentă în producerea formelor și caracterelor diferite ale sunetelor.

Coardele vocale sunt protejate de o membrană mucoasă. Acestea se pot modifica (mărire și micșorare), se pot întinde sau scurta. Aceste modificări au efect asupra calității sunetelor produse. Astfel, tonul produs de vibraţiile corzilor poate fi înalt sau profund, determinând apariția sunetelor acute sau grave. Tensionarea coardelor vocale, adică luarea unei poziții extrem de apropiate, determină închiderea aproape totală sau completă a glotei. În această secvență motorie, aerul nu poate trece printre ele. Este necesar ca aerul să exercite o presiune substanțială asupra coardelor vocale pentru a fi expulzat. Generarea acestei presiuni condiționează deschiderea spontană a coardelor vocale, pricinuind o vibrare în momentul ieșirii aerului prin glotă. Acest mecanism este geneza *vocii*.

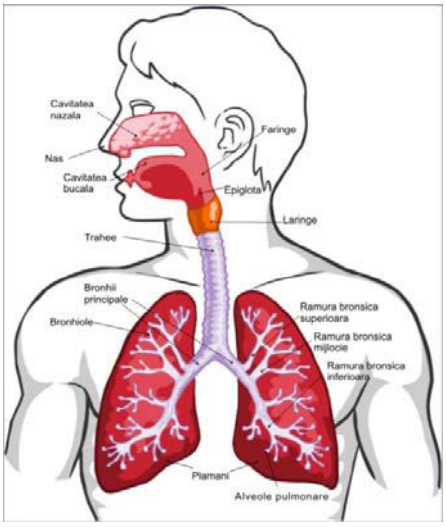


Figura 2.3.5. Sistemul respirator

Vocalele, sonantele şi consoanele sonore se formează cu ajutorul vocii. Vibrațiile produse de coardele vocale se resimt şi la nivelul cartilajului tiroid, fapt verificabil prin atingerea acestora. Interesant este că atunci când pronunțăm consoane surde nu se percepe nicio formă de de vibraţie dacă atingem zona amintită anterior. *Tăria (forţa) curentului de aer ce vine din plămâni determină amplitudinea oscilaţiilor coardelor vocale.* Amplitudinea oscilaţiilor coardelor vocale este direct proporțională cu puterea de expulzie a curentului de aer. Din acest motiv, vocea capătă calități precum puternică sau slabă.

Datorită mobilităţii cartilajelor de care sunt prinse corzile vocale, se generează două tipuri de mișcări. În momentul în care coardele vocale sunt *întinse şi apropiate*, prin urmare și glota este închisă, curentul de aer intră între marginile coardelor vocale îndreptate una spre cealaltă, depărtându-le forțat, determinând o serie de mişcări vibratorii, producând astfel unda sonoră. Dacă coardele vocale nu sunt *apropiate destul*, iau naștere sunetele slabe, şoaptite. Explicația stă în faptul că aerul nu gererează suficiente vibrații, pentru că nu se atinge destul de pereții corzilor vocale. Când respirăm obișnuit, nu e evidentă respirația (șuierul tipic), pentru că și coardele vocale sunt relaxate, iar glota complet deschisă.

Lungimea coardelor vocale determină frecvențe diferite ale oscilației acestora, condiționând apariția unui anumit tipar al vocii umane. Coardele vocale mai lungi nu sunt foarte întinse prin urmare creează oscilații mai lente, iar paternul vocii va fi: joasă, profundă sau / și gravă. De obicei, la femei coardele vocale sunt mai scurte, elaborând o voce mai acută, înaltă. Nu același lucru se poate afirma despre vocile unor fumătoare.

Ocazional, mucoasa membranei laringiene se poate inflama, în urma unei infecții sau iritații produse de anumiți vapori inhalați. În acest caz, corzile vocale nu mai vibrează la fel de liber ca înainte, iar vocea devine hodorogită, răguşită rezultând laringită alergică, acută, profesională. În acest caz apare ***disfonia****. Deși, de obicei, e suportabilă, poate deveni periculoasă și poate să necesite intubare, operație a traheii.*

Afonia *este dispariția completă a vocii, datorită paraliziei aductorilor corzilor vocale.*

Fonastenia *reprezintă scăderea tonalității vocii după efort vocal sau o laringită incorect tratată.*

Voce bitonală *poate fi rezultatul unor noduli vocali sau / și paralizie unilaterală de coardă vocală.*

Traheea este un tub cilindric flexibil cu diametru de 2,5 cm si lung 12,5 cm. Membrana are rol de protecție, filtrare a aerului.

Exemplu

Traheostomia este o procedură ce poate salva viața.

Bronhiile sunt subdiviziuni ale traheei, formate din inele cartilaginoase complet închise. Ființa umană deține două bronhii principale, dreaptă și stângă, care se continuă cu cinci bronhii secundare sau lobare, două bronhii lobare intră plămânul stâng și trei bronhii secundare deservesc plămânul drept.

Bronhiile secundare se prelungesc cu bronhiile segmentare care au în capăt bronhiolele, prelungiri fără cartilaj. Totalitatea bronhiilor constituie arborele bronhic, sistem de conducte care sunt căile de transport al aerului către alveolele pulmonare. În aceste alveole au loc schimburile gazoase (O_2 și CO_2), la nivelul plămânului.

Bronșita este inflamația bronhiilor, inflamație ce poate fi de două tipuri: acută și cronică. Inflamația acută este cauzată, de obicei, de infecții virale sau bacteriene, iar inflamația cronică este asociată cu fumatul, expunerea la iritanți, formă de BPOC (Boala Obstructivă Pulmonară Cronică). Astmul este o hiperreactivitate a bronhiilor cu o componentă inflamatorie, ce este un raspuns al organismului la alergeni. Toate aceste forme de inflamații gererează un tipar anume vocii.

Cei doi **plămâni** reprezintă organele esențiale pentru respirație. Aceștia sunt plasați fiecare de o parte și de alta a toracelui și sunt separați de inimă și alte organe ale mediastinului. Textura plămânilor este ușoară și spongioasă, plămânul plutind în apă, iar când este palpat, la degete se simt crepitații, datorită prezenței aerului în alveole.

Aplicație

Descrieți ***Rolul exercițiilor de respirație în corectarea tulburărilor de vorbire.***

Mecanisme cerebrale implicate în producția și înțelegerea limbajului

Sistemul nervos periferic este legătura dintre mediul înconjurător şi sistemul nervos central. Acesta are în componența sa un element senzorial, reprezentat de receptorii senzoriali, neuronii primari aferenţi din ganglionii rădăcinii dorsale și ganglioni cranieni. Rolul acestora este de a detecta evenimentele din mediu. Componenta motorie a sistemului nervos periferic este compusă din: neuronii motori somatici, localizați în măduva spinării și de neuronii

vegetativi, cu originea în trunchiul cerebral. Rolul sistemului nervos periferic este de a genera mişcări sau secreţii glandulare.

Sistemul nervos central (SNC) are ca funcţii primirea şi procesarea informaţiilor din mediu, organizarea răspunsurilor reflexe şi comportamentale, planificarea şi executarea mişcărilor voluntare, fiind totodată sediul funcţiilor înalt cognitive, al vorbirii, gândirii, memoriei. Sistemul nervos central este compus din măduva spinării, ce are o organizare segmentară, metamerică fiind conectată cu receptorii şi efectorii, prin nervii spinali.

Creierul este subdivizat în 5 regiuni: mielencefal (bulb), metencefal (punte, cerebel), mezencefal, diencefal (talamus, hipotalamus), telencefal (ganglionii bazazali, cortex cerebral).

Figura 2.3.6. Ariile creierului

Comportamentul verbal constituie una dintre cele mai importante clase ale activităților sociale umane. Evoluția culturală a fost posibilă datorită faptului că putem vorbi și auzi, scrie și citi. Funcția de bază a comunicării verbale este de a influența comportamentul celorlalți (cerem atenție, socializăm, cerem ajutor, așteptăm un răspuns, o reacție). Una dintre ipotezele originii limbilor susține că limba se datorează organizării activităților cooperative.

Cunoașterea în fiziologia limbajului a apărut în urma observațiilor asupra efectelor pe care leziunile cerebrale le au asupra comportamentului verbal (accidente cerebrovasculare, răni la cap, tumori, infecții cerebrale). Una dintre cele mai importante categorii de deficiențe de vorbire este afazia (tulburare primară a înțelegerii sau producerii limbajului). Nu toate deficiențe de vorbire sunt afazii, de exemplu surditatea sau paralizia mușchilor vorbirii nu produc afazii.

Comportamentul verbal este o funcție lateralizată, iar 95 % dintre dreptaci au ca emisferă dominantă pentru vorbire emisfera stângă. Doar aproximativ 70 % dintre stângaci au ca emisferă dominantă pentru vorbire, emisfera stângă. Pentru a se cunoaște emisfera dominantă, medicii aplică testul WADA. Dar de ce este o emisferă specializată pentru vorbire? Funcțiile perceptive ale emisferei stângi sunt mai bine specializate pentru analiza înlănțuirilor de stimuli (secvențialitate). De exemplu, lobul parietal stâng este implicat în executarea seriilor de mișcări voluntare. Emisfera dreapta este specializată în analiza formelor și figurilor geometrice (elemente prezente în același timp). Limbajul, prin natura sa, este secvențial, reprezentat de înlănțuiri de sunete, cuvinte, propoziții, fraze. Însă, ar fi o greșeală să ne închipuim că doar emisfera stângă are rol semnificativ în producerea limbajului. Abilitatea noastră de a înțelege semnificația cuvintelor, percepțiilor, amintirilor implică circuite neuronale din ambele emisfere. Leziuni în emisfera dreaptă produc deficiențe în abilitatea de a citi o hartă, de a percepe relații spațiale, de a recunoaște forme geometrice complexe.

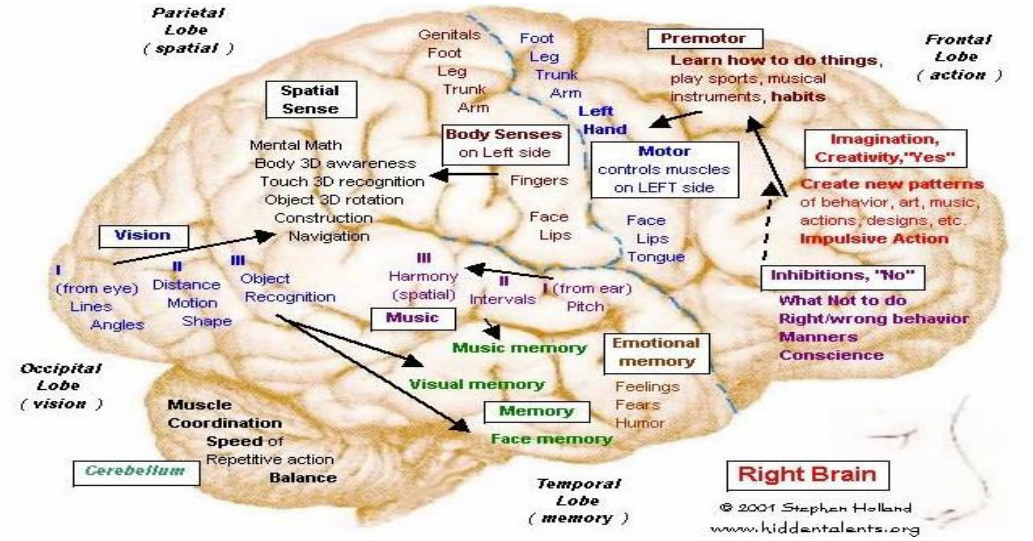


Figura 2.3.7. Funcții ale creierului

Înțelegerea limbajului: Aria Wernicke

Înțelegerea limbajului începe în sistemul auditiv, care detectează și analizează sunetele. *Aria Wernicke* este importantă în transformarea percepțiilor și gândurilor în cuvinte, în gândire, ascultare, vorbire. Afazia Wernicke se manifestă prin neînțelegerea semnificației cuvintelor, imposibilitatea de articulare corectă a cuvintelor, vorbire spontană fluentă, fără sens, deși melodică, substituiri de sunete sau cuvinte. Persoanele afectate nu pot citi, scrie

(lipsa imaginilor auditive ale cuvintelor), nu sunt conștienți de acest deficit, folosesc "cuvintele funcționale", prescurtări sau cuvinte de legătură scurte, care le substituie pe cele potrivite, dar mai lungi. De asemenea, anomia (dificultatea de a-și găsi cuvintele) este mai puțin evidentă decât în cazul leziunilor în zona Broca (Cornelissen, Laine, Tarkiainen, Järvensivu, Martin, & Salmelin, 2003).

Producerea limbajului: Aria Broca

Studiile din domeniul neuroştiinţelor au determinat că aria lui Broca are două subcomponente, cu funcţii specifice. Una participă la procesarea limbajului, iar cealaltă are un rol consistent în funcţionarea cognitivă generală. Fizicianul Pierre Paul Broca a descoperit aproape cu două secole în urmă, că pacienţii ai căror lobi frontali suferiseră leziuni, reușeau să pronunţe doar câteva cuvinte. Numită ulterior aria lui Broca, această zonă a creierului este considerată ca fiind de o importanță crucială pentru producerea vorbirii şi pentru unele aspecte particulare ale înţelegerii limbajului. Aria Broca intervine în: provocarea vorbirii, în motivaţie, în realizarea controlului semantic şi sintactic al cuvintelor şi propozițiilor, în proiectarea şi realizarea motorie a limbajului.

Afazia Broca se distinge prin vorbire înceată, laborioasă, nonfluentă, o pronunție incorectă uneori dar, ceea ce reușesc să pronunțe, are semnificație.Cuvintele de legătură sunt aproape total absente (și, în, despre). Oamenii afectați înțeleg limbajul mai bine decât reușesc să îl producă. Aria Broca conține amintiri ale înlănțuirilor de mișcări musculare, necesare articulării cuvintelor. Leziunile din aria Broca produc: agramatism, anomia (fără nume, dificultatea de a-și găsi cuvintele), dificultăți de articulare, lipsa fluenței. Persoanele care au afectată această arie, înțeleg ceea ce citesc, scrierea se realizează destul de dificil, dar sunt conștienți de erorile în pronunție (Broca, 1861).

Noile cercetări evidențiază un nou aspect și anume implicarea ariei lui Broca, în executarea sarcinilor cognitive care nu au legătură cu limbajul, ca de exemplu, rezolvarea unor problemelor matematice sau stocarea de informaţii în memoria de lucru. În urma acestor descoperiri, au apărut idei interesante care dispută contribuția ariei lui Broca în executarea unui rol specific, legat de limbaj sau un rol mai înalt, în cogniţie.

Teoria lui Geschwind (Habib, Robichon, Levrier, Khalil, & Salamon, 1995; Cârneci, 2004) indică o strânsă conexiune între aria lui Broca și cea a lui Wernicke. Legătura funcționează după tiparul următor: informaţiile sunt depozitate în aria Wernicke, ele sunt reactualizate când un cuvânt rostit este recunoscut. De redarea verbală a acelui cuvânt, este responsabilă aria Wernicke care trimite informaţiile spre aria Broca. Legăturile dintre cele

două arii sunt în responsabilitatea fascicolului arcuat. În aria Broca se află un cod care permite convertirea informației auditive în cod motor. Dacă apare o leziune în lobul parietal inferior, întrerupând fluxul informațional și deconectând cele 2 arii, apare *afazia de transmitere*. Persoana în cauză nu mai e capabilă de a repeta, este afectată memoria verbală de scurtă durată, dar are un discurs fluent și inteligibil, abilitățile de scriere-citire sunt rezonabil bune.

Aplicație

Dacă ții o lanternă în gură, sunt iluminate sinusurile maxilare?

Argumentați răspunsul.

Să ne reamintim...

4 sisteme anatomice au deosebita importanță:

Respirator: componente respirație

Fonator/Rezonator: componente ale sist. respirator și digestiv

Articulator: Față, gură, nas

Nervos: centrii SNC ce controlează procesele de vorbire.

2.4. Comunicarea totală

Comunicarea totală „înglobează cele două forme de limbaj, verbal și nonverbal, ceea ce înseamnă o exprimare deplină a tuturor intențiilor și a ideației subiectului, odată cu creșterea resurselor de înțelegere a celor din jur, de interacțiune și adaptare la mediul psihosocial" (Verza, 2009, p.29).

Inițial acest concept a fost utilizat cu precădere în terapia persoanelor cu deficiențe de auz. Dar, începând cu 1970, noțiunea a căpătat o semnificație mult mai largă, fiind adoptată nu doar în contextul surdopatiei, ci și în terapia altor deficiențe, precum: afazia (Brady, Kelly, Godwin, Enderby, & Campbell, 2016), autismul (So, Wong, Lui, & Yip, 2015), tulburările specifice de limbaj (Wray, Norbury, & Alcock, 2016), sindromul Angelman (Jolleff, & Ryan, 1993) etc.

Mult timp în terapia logopedică a persoanelor cu surditate s-a utilizat doar metoda orală, stimulându-se în exces producția verbală, de la demutizare până la fluență verbală. Întrucât rezultatele obținute au fost slabe spre mediocre, s-a renunțat la utilizarea prioritară a

acestei metode, preferându-se combinarea ei cu alte forme de comunicare, nonverbale, fiind înglobate în terapiile multisenzoriale (Vermeerbergen, Leeson, & Crasborn, (Eds.), 2007; Mahon, 2009).

Studiile de specialitate evidențiază faptul că toți copiii, cu sau fără probleme de auz sau de limbaj, învață să utilizeze gestul în procesul de dezvoltare a abilităților lor de comunicare și lingvistică (Hoskin & Herman, 2001). Cei mai mulți copii învață spontan semnificațiile limbajului nonverbal, în relațiile cu părinții sau aparținătorii, pentru a comunica despre acțiuni, obiecte și însușiri ale acestora. Adulții utilizează spontan mijloacele extralingvistice, pentru a întări mesajul verbal, iar copiii, prin imitație, adoptă această formă de comunicare.

Limbajul verbal exprimă informații, idei, iar limbajul nonverbal îl completează, prin conținutul său referitor la atitudinile și emoțiile care însoțesc mesajul verbal, întărindu-l sau contrazicându-l pe cel din urmă. Recunoașterea corectă a semnificației mesajului comunicat permite o autoreglare a comportamentului interlocutorilor.

Studiile medicale au dovedit că, în înțelegerea emoțiilor, emisfera dreaptă joacă un rol mai important decât cea stângă (Gainotti, Caltagirone & Zoccolotti, 1993). Dacă emisfera stângă este mai degrabă implicată în descifrarea conținutului verbal, emisfera dreaptă joacă un rol important în preluarea informațiilor despre tonul emoțional al vocii unei persoane. De asemenea, literatura de specialitate a dovedit că emisfera dreaptă este responsabilă de recunoașterea vizuală și auditivă a emoțiilor (Wicker, Keysers, Plailly, Royet, Gallese & Rizzolatti, 2003). Specialiștii din domeniu subliniază importanța cunoașterii și educării abilităților de comunicare totală la toate persoanele, cu sau fără deficiențe, pentru a permite o mai bună integrare socială.

După cum putem observa, în Figura 2.4.1. Mușchii expresiilor faciale, numărul de mușchi care participă la expresiile faciale este foarte mare. Unii dintre aceștia pot fi controlați voluntar, exprimând stări neconforme cu realitatea contextului comunicațional. Ekman (2001, 2003) a studiat și câteva perechi de mușchi care nu pot fi controlați și care comunică prezența unor emoții specifice. Ekman i-a considerat mușchii de încredere (Ekman, 2001) și a emis ipoteza că aceștia reacționează în prezența unor emoții specifice, astfel neputând fi suprimată activarea spontană a acestor mușchi.

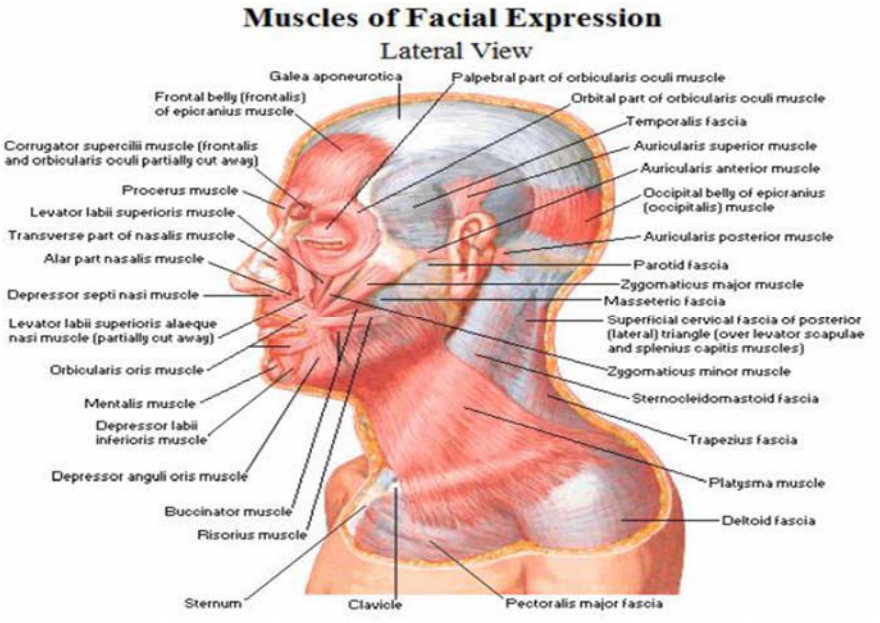


Figura 2.4.1. Mușchii expresiilor faciale

Un studiu relativ recent, efectuat de Mehu și colegii săi a verificat ipotezele emise de Ekman și a descoperit că nu toți mușchii menționați de Ekman sunt într-adevăr mușchi faciali de încredere. Cercetarea lui Mehu dovedește că activitatea mușchiului *orbicularis oris* (mușchiul responsabil de strângerea buzelor) a fost relaționată pozitiv cu cantitatea judecăților de valoare care au evidențiau prezența furiei, sugerând că strângerea buzelor este un element esențial în evaluarea furiei precum și prezența sentimentului de mândrie (Mehu, Mortillaro, Bänziger, & Scherer, 2012). Mușchii depresori (*depressor anguli oris* și *depressor labii inferioris*) și mușchii *orbicularis frontalis* exprimă acurat tristețea. De asemenea, activitatea mușchiului *orbicularis oculi* este evidentă în exprimarea mândriei, euforiei, panicii și a furiei.

Aplicație

Reflectați asupra figurii de mai jos și căutați informații legate de activitatea grupelor de mușchi Levatori, Zygomaticus și Depresori. Argumentați cum contribuie ei la exprimarea emoțiilor.

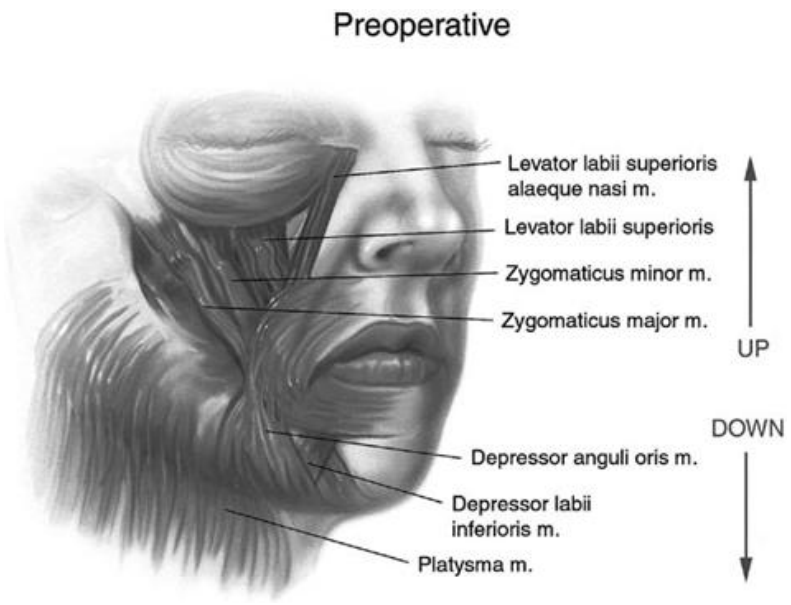


Figura 2.4.2. Mușchii expresiilor faciale

Rezumat

Comunicarea totală „înglobează cele două forme de limbaj, verbal și nonverbal, ceea ce înseamnă o exprimare deplină a tuturor intențiilor și a ideației subiectului, odată cu creșterea resurselor de înțelegere a celor din jur, de interacțiune și adaptare la mediul psihosocial" (Verza, 2009, p.29).

Cei mai mulți copii învață spontan semnificațiile limbajului nonverbal, în relație cu părinții sau aparținătorii, pentru a comunica despre acțiuni, obiecte și însușiri ale acestora. Adulții utilizează spontan mijloacele extralingvistice, pentru a întări mesajul verbal, iar copiii, prin imitație, adoptă această formă de comunicare.

Limbajul verbal exprimă informații, idei, iar limbajul nonverbal îl completează, prin conținutul său referitor la atitudinile și emoțiile care însoțesc mesajul verbal, întărindu-l sau contrazicându-l pe cel din urmă. Recunoașterea corectă a semnificației mesajului comunicat permite o autoreglare a comportamentului interlocutorilor.

Test de evaluare a cunoștințelor

1. Definiți terapia tulburărilor de limbaj și arătați care sunt obiectivele principale.
2. Care sunt etapele importante în achiziția limbajului și care sunt factorii care influențează dezvoltarea acestora?
3. Care sunt elementele aparatului fonoarticulator?
4. Cum se numesc ariile corticale responsabile de producția și înțelegerea limbajului?

Referințe bibliografice

1. Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane database of systematic reviews*, (6). Art. No.: CD000425. DOI: 10.1002/14651858.CD000425.pub4
2. Broca, P. (1861). Remarks on the seat of the faculty of articulated language, following an observation of aphemia (loss of speech). *Bulletin de la Société Anatomique*, 6, 330-57. Accesat în 12.09.2019 https://psychclassics.yorku.ca/Broca/aphemie-e.htm
3. Cîrneci, D., (2004). *Demascarea secolului: Ce face din noi creierul? Introducere în neuroştiinţele dezvoltării*, Editura Eikon, Cluj-Napoca.
4. Cornelissen, K., Laine, M., Tarkiainen, A., Järvensivu, T., Martin, N., & Salmelin, R. (2003). Adult brain plasticity elicited by anomia treatment. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 15(3), 444-461.
5. Ekman, P. (2001). *Telling lies: Clues to deceit in the market place, marriage, and politics (3rd ed.).* New York, NY: Norton.
6. Gainotti, G., Caltagirone, C., & Zoccolotti, P. (1993). Left/right and cortical/subcortical dichotomies in the neuropsychological study of human emotions. *Cognition & Emotion, 7*(1), 71-93. https://doi.org/10.1080/02699939308409178
7. Habib, M., Robichon, F., Levrier, O., Khalil, R., & Salamon, G. (1995). Diverging asymmetries of temporo-parietal cortical areas: a reappraisal of Geschwind/Galaburda theory. *Brain and Language*, 48(2), 238-258.
8. Hoskin, J., & Herman, R. (2001). The Communication, Speech and Gesture of a Group Of Hearing-Impaired Children. *International journal of language & communication disorders, 36*(S1), 206-209. https://doi.org/10.3109/13682820109177885
9. Jolleff, N., & Ryan, M. M. (1993). Communication development in Angelman's syndrome. *Archives of Disease in Childhood,* 69(1), 148-150. http://dx.doi.org/10.1136/adc.69.1.148
10. Mahon, M., (2009). Interactions between a deaf child for whom English is an additional language and his specialist teacher in the first year at school: Combining words and gestures. *Clinical Linguistics & Phonetics, 23*(8), 611-629, DOI: 10.1080/02699200802491140
11. Mehu, M., Mortillaro, M., Bänziger, T., & Scherer, K. R. (2012). Reliable facial muscle activation enhances recognizability and credibility of emotional expression. *Emotion, 12*(4), 701-715. http://dx.doi.org.pva.uib.no/10.1037/a0026717

12. So, W. C., Wong, M. K. Y., Lui, M., & Yip, V. (2015). The development of co-speech gesture and its semantic integration with speech in 6-to 12-year-old children with autism spectrum disorders. *Autism, 19*(8), 956-968.
13. Vermeerbergen, M., Leeson, L., & Crasborn, O. A. (Eds.). (2007). *Simultaneity in signed languages: Form and function* (Vol. 281). John Benjamins Publishing.
14. Verza, E. (2009). *Tratat de logopedie* (Vol. II). Bucureşti, România: Editura Semne.
15. Wicker, B., Keysers, C., Plailly, J., Royet, J. P., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2003). Both of us disgusted in My insula: the common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron, 40*(3), 655-664. https://doi.org/10.1016/S0896-6273(03)00679-2
16. Wray, C., Norbury, C. F., & Alcock, K. (2016). Gestural abilities of children with specific language impairment. *International Journal of Language & Communication Disorders, 51*(2), 174-182.

Modele explicative ale tulburărilor de limbaj și clasificarea acestora

Cuprins

3.1. Introducere *43*
3.2. Competențe *43*
3.3. Modele explicative ale tulburărilor de limbaj *44*
3.4. Clasificarea tulburărilor de limbaj *46*
3.5. Conștiința fonologică *48*
3.6. Abordări în intervenția logopedică *50*

3.1. Introducere

Cele mai utilizate modele explicative ale tulburărilor de limbaj și comunicare, în spațiul românesc sunt: modelul sistemic, modelul categorial, modelul tulburărilor specifice și cel descriptiv. Clasificările tulburărilor de limbaj, cele mai cunoscute se regăsesc în: ICF, DSM, ASHA, organizațiile și asociațiile profesionale care doresc uniformizarea criteriilor de diagnostic.

Metode de dezvoltare a conștiinței fonologice: metoda fonetică analitico-sintetică, metoda Elkonin, metoda reprezentării ideografice, metoda Castiglioni – Spalton și Ehri, metoda Borel-Maisonny fonetică și gestuală (David, Roșan, 2019). În acest curs se recomandă utilizarea abordărilor în intervenția logopedică tipice perspectivei constructiviste.

3.2. Competenţele unităţii de învăţare

După parcurgerea acestei unități, studenții vor fi capabili:

- *Să descrie modelele explicative ale tulburărilor de limbaj,*
- *Să identifice tipurile de tulburări de limbaj,*
- *Să diferențieze între clasificări diferite,*
- *Să explice cadrul de delimitare a conștiinței fonologice.*

Durata medie de parcurgere a celei de a doua unități de învățare este de 2 ore.

3.3. Modele explicative ale tulburărilor de limbaj

Mult timp în istoria logopediei a predominat perspectiva medicală, urmând ca începând cu anii 1950 perspectiva psihologică și cea pedagogică să prindă tot mai mult contur în explicarea și tratarea aspectelor legate de limbaj. Dacă inițial problemele de limbaj erau localizate în individ (modelul deficitului intrinsec), astăzi specialiștii doresc să acorde mai multă atenție factorilor de mediu care generează sau exacerbează dificultatea (Damico, Müller, & Ball, 2010).

Aspectele legate de stabilirea unui diagnostic sunt adesea asimilate conceptului de „etichetare" care, în societatea contemporană, are consecințe negative, generatoare de bias-uri societale și prejudecăți. Dar alocarea unui diagnostic are și consecințe pozitive, întrucât, în urma stabilirii acestuia, individul poate beneficia de servicii de specialitate și de condiții de sprijin. Paradigma constructivismului social aduce o nouă perspectivă asupra implicațiilor pe care un diagnostic le are asupra persoanei și mediului său educațional și de viață. Observăm în perioada contemporană, tendința medicalizării problemelor sociale și de legitimizare a diagnosticului. Astfel, organizațiile și asociațiile internaționale de profesioniști stabilesc standarde de atribuire a diagnosticelor și modifică continuu modalitatea de definire a unei dizabilități, deficiențe sau boli și de raportare la un anumit grup de simptome.

Bodea Hațegan (2016) propune următoarele modele explicative ale tulburărilor de limbaj: modelul sistemic, modelul categorial, modelul tulburărilor specifice și modelul descriptiv.

Modelul sistemic abordează global tulburările de limbaj și comunicare, luând în considerare mediul de viață al individului. Modelul se bazează pe perspectiva constructivismului social, reconsiderând rolul nișei de dezvoltare al persoanei. Familia, școală devin parteneri activi în procesul terapeutic.

Modelul categorial diferențiază tulburările de limbaj și comunicare în funcție de cauzele și factorii care contribuie la apariția lor. Tulburările sunt delimitate în funcție de asocierea lor cu: dizabilitățile auditive, cele intelectuale, cele pervazive de dezvoltare, cele neurologice, tulburările comportamental-emoționale, disfuncții cerebrale.

Modelul tulburărilor specifice accentuează rolul factorilor individuali intrinseci, de natură psihologică, precum deficitele de procesare fonologică, de procesare auditivă, deficitele mnezice.

Modelul descriptiv este o abordare comunicațional – verbală. Delimitează tulburările de limbaj și comunicare în funcție de dimensiunile implicate în procesul comunicării. Acestea

sunt: formă (fonem, morfem, topică), conținut (semnificație, semantică), utilizare sau pragmatică (conversație, reguli sociale de interacțiune verbală).

Bowen (2015) remarca existența unei discrepanțe între teoria și practica logopedică. În plan teoretic, se observă o trecere de la modelul medical, la perspectiva lingvistică, pedagogică, cea asociaționistă, de procesare fonologică, abordarea articulatorie, fonologie clinică și integrarea tehnologiei informației în terapia logopedică. În planul practicii logopedice, specialiști încă se întreabă dacă întradevăr există o schimbare paradigmatică, dacă principiile practicii logopedice s-au schimbat. Cert este că modul de evaluare a fost schimbat, însă în practica logopedică, schimbările sunt minimale, utilizându-se o abordare secvențială a sunetelor.

Teoriile cele mai noi în domeniu cu aplicabilitate dovedită sunt: Teoria fonologiei gesturale (Browman & Goldstein, 1986) și cea a sistemelor dinamice (Thelen & Bates, 2003). Acestea au la bază principiile psihologiei cognitive și subtraturi teoretice în fonologie. Conceptele de bază sunt:

„1. Copilul cu auz „normal" dobândește sistemul fonetic al adultului mai ales prin ascultare.

2. Achiziția fonologică este un proces gradual.

3. Mediul fonetic în cuvinte poate facilita sau inhiba producerea corectă a sunetelor.

4. Copiii asociază senzațiile auditive cu cele kinestezice, ceea ce permite auto-monitorizarea de mai târziu.

5. Copiii generalizează abilitățile nou dobândite de producere a vorbirii în alte sarcini.

6. O potrivire perfectă facilitează învățarea.

7. Copiii învață cel mai bine dacă sunt implicați activ în remedierea fonologică.

8. Îmbunătățirea abilităților meta-fonologice ale copilului permite ameliorarea vorbirii și dezvoltă, de asemenea, competențele de alfabetizare" (Bowen, 2015, p. 37).

Aplicația 1

Analizați comparativ cele 4 modele propuse de Badea Hațegan (2016).

Specificați criteriile de analiză.

Exemplu

Structura unei sesiuni de terapie logopedică:

1. Reactualizarea cuvintelor învățate anterior și pronunțarea lor,

2. Ascultare activă a noilor cuvinte,
3. Activitate practică de pronunțarea cuvintelor prin învățare experiențială, joc, utilizarea mijloacelor diverse,
4. Activitate meta-fonologică (jocuri de ritm, segmentarea cuvintelor în silabe),
5. Temă pentru acasă (consolidarea cuvintelor învățate, cu suportul părinților, minim 2 minute zilnic).

3.4. Clasificarea tulburărilor de limbaj

Clasificarea internațională a bolilor, ediția a 10-a revizuită (ICD 10), plasează tulburările de limbaj și comunicare specifice la secțiunea F80, iar cele care sunt consecvente unor condiții medicale la I 69 și R00-R99. Tulburările de limbaj și comunicare specifice sunt plasate în categoria Tulburărilor de dezvoltare specifice și pervazive și cuprind:

F 80.0 Tulburări fonologice, dislalia, tulburare funcțională de articulare a vorbirii, tulburările lalației, tulburările de pronunție (se exclud tulburările de articulare datorate afaziei, apraxiei, pierderii auzului, dizabilității intelectuale, tulburărilor limbajului expresiv);

F 80.1 Tulburările limbajului expresiv, disfazia, afazia, tipul expresiv (se exclud tulburările de limbaj receptiv–expresiv mixt, disfazia și afazia NOS (R47.-), afazia dobândită cu epilepsie, mutismul selectiv (F94.0), dizabilitățile intelectuale (F70-F79), tulburările pervazive de dezvoltare (F84.-);

F 80.2 Tulburările limbajului expresiv – receptiv mixt, disfazia sau afazia de dezvoltare, tipul receptiv, afazia de dezvoltare Wernicke (se exclud tulburările de procesare auditivă centrală, (H93.25), disfazia și afazia NOS (R47.-), tulburări ale limbajului expresiv (F80.1), disfazia, afazia, tipul expresiv (F80.1), surditatea, afazia dobândită cu epilepsie (Landau-Kleffner), mutismul selectiv, tulburările pervazive de dezvoltare, dizabilitățile intelectuale;

F 80.3 Afazia dobândită cu epilepsie (Landau-Kleffner);

F 80.4 Întârzieri de dezvoltare a limbajului datorate pierderii auzului;

F 80.8 Tulburări de dezvoltare a limbajului;

F 80.81 Tulburări de fluență (bâlbâiala);

F 80.82 Tulburare de comunicare pragmatică socială (se exclude autismul și sindromul Asperger);

F 80.9 Tulburări de dezvoltare ale limbajului și vorbirii nespecifice;

F81 Tulburări specifice dezvoltării abilităților școlare;

F81.0-9 Tulburare specifică de citire, „Citire înapoi”, dislexie de dezvoltare, tulburare specifică de scriere, de calcul matematic, acalculia, tulburări mixte ale abilităților școlare (se exclud: alexia NOS (R48.0) și dislexia NOS (R48.0);

F82 Tulburare specifică de dezvoltare a funcției motorii, tulburare de coordonare motorie, dispraxia de dezvoltare (se exclud: anomalii ale mersului și mobilității (R26.), lipsa de coordonare (R27.-), lipsă de coordonare secundară dizabilităților intelectuale (F70-F79);

F84 Tulburări de dezvoltare pervazivă, tulburare autistă, autism infantil, psihoză infantilă, sindromul lui Kanner, sindromul Rett, alte tulburări dezintegrative din copilărie precum dementa infantilis, sindromul lui Heller, psihoză simbiotică.

În categoria tulburărilor comportamentale și emoționale cu debut în copilărie și adolescență regăsim:

F94.0 Mutismul selectiv sau electiv (se exclud tulburări de dezvoltare pervazive (F84.), schizofrenia (F20.-), tulburări specifice de dezvoltare a vorbirii și limbajului (F80.-), mutism tranzitoriu ca parte a anxietății de separare la copii mici);

I69.02 Deficiențe de vorbire și limbaj în urma hemoragiei netraumatice subarahnoidiene (afazie, disfazie, dizartrie, tulburări de fluență, bâlbâială, apraxie, disfagie);

I69.32 Deficiențe de vorbire și limbaj consecutive unor infarcturi cerebrale (afazie, disfazie, dizartrie, tulburări de fluență, bâlbâială, apraxie, disfagie);

R 47 Tulburări de vorbire nespecificate anterior (dizartria, anartria, afazia);

R 48 Dislexia, alexia, acalculia, agrafia, agnozia, apraxia;

R49 Tulburări de voce (disfonia, afonia, hipernazalizarea, hiponazalizarea).

(ASHA, 2019)

Exemplu

Alte clasificări utilizate la nivel international și în România sunt CIF (Clasificarea Internațională a Funcționalității, Dizabilității și Sanătății), DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ediția a cincea).

În literatura românească de specialitate, Guțu (1974 cf. Bodea Hațegan, 2016, p. 48-52) propune un model diagnostic, utilizând următoarele criterii:

- anatomo-fiziologic (tulburările care presupun afectarea analizatorului verbo-motor, cele care afectează analizatorul verbo-auditiv, cele care presupun afectare centrală, afectare periferică, tulburările care presupun afectarea organică, tulburările care presupun afectarea funcțională),
- al structurii lingvistice afectate (tulburări de pronunție, de ritm și fluență, poliforme de limbaj, tulburările limbajului scris),
- al periodizării (cu debut în perioada preverbală, 0-2 ani; cele cu debut în perioada 2-6 ani, cu debut în perioada de după 6 ani),
- cel psihologic (tulburările care sunt manifestări consecutive altor boli, deficiențe).

Aplicația 2

Descoperiți în CIF (Clasificarea Internațională a Funcționalității, Dizabilității și Sănătății), DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ediția a cincea) clasificările tulburărilor de limbaj și prezentați schematic categoriile tulburărilor de limbaj și comunicare.

3.5. Conștiința fonologică

Conștiința fonologică reprezintă „abilitatea cognitivă de reprezentare și manipulare a unităților fonologice care permite analiza fluxului sonor pentru codarea lui în scris, atât la modul general, pentru înțelegerea principiului alfabetic, cât și la modul particular, pentru redarea secvențială a fonemelor într-o serie spațio-temporală” (Morais, 1991, cf. David, Roșan, 2019, p. 16).

Conștiința fonologică reflectă abilitatea de a percepe și reprezenta limbajul oral sub forma unităților componente ale cuvintelor (fonemele, silabele, intonația). Teoreticienii diferențiază două forme ale acesteia: conștiința fonologică globală (prin care se sesizează sistemul) și cea analitică (care separă unitățile sonore ale discursului verbal). De asemenea se evidențiază două niveluri ale acesteia: conștiința epifonologică (prin care se asigură inputul necesar, fără procesare deliberată) și conștiința metafonologică (care permite manevrarea unităților lingvistice sonore).

Înțelegerea rolului esențial al conștientizării fonologice în dobândirea citirii a fost considerată ca una dintre cele mai interesante descoperiri științifice în educația secolului XX (Stanovich, 2000). Deși beneficii majore pot dobândi copiii cu dificultăți de învățare, aplicabilitatea conceptului nu se oprește aici. De intervențiile specifice asupra dezvoltării

conștientizării fonologice se poate ocupa o echipă educațională, în care logopedul are o poziție privilegiată. Pot beneficia de intervenții terapeutice și educaționale de îmbunătire a nivelului de conștientizare fonologică elevii din medii socio-economice dezavantajate, bilingvii, cei care aparțin unor minorități cultural – lingvistice (Goodrich & Lonigan, 2016), imigranții, copiii cu sindrom Down (Naess, 2016), persoanele cu dislexie (Flaugnacco, Lopez, Terribili, Montico, Zoia, & Schön, 2015), apraxie (Hume, Schwarz, & Hedrick, 2018) și alte tulburări de limbaj și comunicare.

Studii actuale dovedesc că abilitatea de a utiliza informațiile fonologice, în procesul de citire (de exemplu, utilizarea capacității de decodare a cuvintelor) reprezintă un predictor semnificativ în determinarea succesului de lectură ulterioară pe măsură ce copiii se maturizează (Hogan, Catts, & Little, 2005). Cercetările recente arată că intervențiile de dezvoltare fonologică de 20 de ore îmbunătățesc semnificativ producția de cuvinte rostite, nivelul de citire și ortografie, atât la copii cât și la adulți (Torgesen, Wagner, Rashotte, & Herron, 2018; Suggate, 2016; Fracasso, Bangs, & Binder, 2016).

Intervențiile privind conștientizarea fonologică presupun activități de conștientizare fonologică la nivel de foneme (de exemplu, identificarea inițială a fonemelor pentru copiii preșcolari; trunchierea fonemelor și combinarea acestora în cazul copiilor de vârstă școlară). De asemenea nu pot lipsi activitățile de stabilire a corespondenței sunet –literă, combinarea activităților de conștientizare cu cele de vorbire. Specialiștii recomandă utilizarea tuturor formelor de organizare a intervenției sau activității: individual, în grupuri mici, activități frontale în clasa de elevi, acasă.

Logopezii, terapeuții și educatorii sunt îndemnați să păstreze datele obținute pentru a verifica eficiența programului și a consemna rezultatele obținute, să includă activități care să faciliteze transferul abilităților nou formate asupra altor arii precum citirea. Ideal ar fi ca în aceste intervenții să fie implicați profesorii, părinții copiilor sau aparținătorii și alte persoane ce pot fi relevante pentru evoluția persoanei beneficiare. O importanță sporită se va acorda monitorizării abilităților persoanei de a integra învățarea conștientizării fonologice în procesul de citire și ortografie în urma intervenției.

Exemplu

Unele dintre cele mai adecvate metode de dezvoltare a conștiinței fonologice sunt descrise în cele ce urmează.

Metoda fonetică analitico-sintetică presupune desprinderea unei propoziții dintr-un discurs sau enunț, urmată de evidențierea cuvintelor care alcătuiesc propoziția, izolarea cuvântului care conține sunetul pe care dorim să îl conștientizăm, despărțirea acestuia în silabe, recunoașterea sunetului în silabă, recompunerea silabei, a cuvântului, a propoziției.

Metoda Elkonin accesează abilitățile de receptare auditivă, utilizând ca procedee demonstrația și modelarea. Se utilizează imagini ale cuvintelor ce urmează a fi pronunțate, lucrându-se în oglindă, terapeut-copil. Imaginile vor fi însoțite de spații delimitate de scriere a sunetelor componente.

Metoda reprezentării ideografice presupune folosirea enunțurilor construite din imagini. Copilul va pronunța cuvintele aferente categoriilor exprimate în desene.

Metoda Castiglioni – Spalton și Ehri evidențiază necesitatea conștintizării mișcărilor articulatorii implicate în pronunția cuvântului.

Metoda Borel-Maisonny fonetică și gestuală vizează stabilirea unor asociații între cuvinte, litere și gesturi. Sunt excitați mai mulți analizatori: auditiv, vizual și kinestezic. Este o metodă sintetico-analitică (David, Roșan, 2019).

3.6. Abordări în intervenția logopedică

Într-o sinteză a resurselor metodice utilizate în terapia logopedică, Roth și Worthington (2016) enunță etapele care trebuie parcurse în definirea și stabilirea obiectivelor intervenției și oferă exemple din cazuistica proprie pentru intervenția timpurie. De asemenea, autoarele evidențiază principii esențiale ale unei ședințe de terapie logopedică eficientă, indiferent de vârsta sau tulburarea de limbaj și comunicare a clientului. Acestea includ:

- Utilizarea modalităților multiple de reprezentare (cărți, înregistrări audio, programe de transcriere din vorbire, softuri multimedia, jucării, etc.);
- Utilizarea modalităților multiple de expresie (metode și mijloace variate pentru ca persoana să demonstreze dobândirea abilităților);
- Utilizarea modalităților multiple de angajare în sarcină (oferirea oportunităților de învățare multiple și interacțiuni semnificative pentru a menține un nivel optim de motivare pentru învățare);

- Pe cât posibil, terapeuții ar trebui să focalizeze intervenția, prin demonstrație și modelare, preponderent pe însușirea strategiilor care facilitează comunicarea și mai puțin pe învățarea comportamentelor izolate;
- Intervenția logopedică, în esența ei, trebuie să fie dinamică și să includă secvențe dese de evaluare formativă a progresului copilului în raport cu obiectivele proiectate, modificându-le, dacă este necesar și se descoperă pe parcursul procesului recuperator că nu sunt adecvate;
- Intervenția logopedică trebuie să fie una individualizată, personalizată, bazată pe registrul tulburărilor pe care copilul le manifestă și complementar cu stilul de învățare individual al acestuia;
- Obiectivele intervenției logopedice trebuie adaptate pentru a lărgi nivelul de cunoștințe al copilului, situând demersul în zona proximei dezvoltări, sarcinile având un nivel de dificultate puțin peste nivelul actual.
- Intervenția logopedică se va baza pe dovezi științifice recente;
- Intervenția logopedică se va face ținând cont de valorile și credințele logopatului, precum și de mediul cultural – lingvistic din care provine.

Relația logoped – logopat

Calitatea relației dintre terapeut și client contribuie mult la succesul intervenției. Profesionalismul logopedului, abilitățile acestuia de a genera o atmosferă calmă, pozitivă precum și fermitatea, determinarea acestuia în a conduce ședința de terapie sunt extrem de importante. Logopedul își va împărți atenția atât la comportamentul clientului cât și la propriul comportament (postură, limbajul trupului, intonație, tipar de limbaj colocvial), căutând să fie congruent cu principiile terapiei și cu codul deontologic al profesiei.

Comportamentul logopedului va fi unul adecvat, va oferi feed-back-uri suportive, va motiva clientul în susținerea eforturilor de a realiza sarcinile, va evidenția progresul, indiferent cât de mic este. Terapeutul va stabili regulile și parametrii relației terapeutice încă de la prima ședință, pentru a evita posibile neînțelegeri ulterioare și va ține cont de așteptările clientului.

Modelul de furnizare de servicii de terapie logopedică propus de Roth și Worthington (2016) ia forma unui parteneriat de colaborare, ca reacție la vechile modele considerate individuale. Tipurile de parteneriate de colaborare cele mai uzuale sunt: modelul consultativ (managerul de caz este un alt specialist, nu logopedul) și predarea în echipă.

Modelul parteneriatului de colaborare presupune și colaborarea cu alți specialiști de ale căror servicii beneficiază clientul, implicând eforturi de coordonare și planificare a activităților. În acest model, abordarea tulburării este de tipul rezolvării de probleme, pornindu-se de la abilitățile deja formate ale clientului și de la nevoile acestuia. De asemenea, parteneriatul ca proces dinamic presupune participarea nonierarhică, asumarea responsabilității actului terapeutic fiind co-împărtășită. Autoarele recomandă stabilirea unor așteptări realiste în privința progresului terapeutic.

Modelul răspunsului la intervenție

Această abordare a fost dezvoltată ca răspuns la modelul discrepanței, în care persoana care suferea de o anumită afecțiune trebuia să demostreze o nepotrivire între abilitățile cognitive și performanța școlară de minim 1,5 deviații standard. Modelul răspunsului la intervenție presupune o abordare de tipul rezolvării de probleme, într-un mod colaborativ și are următoarele principii generale: screening / evaluare universală, predare de înaltă calitate la nivelul întregii clase de elevi; monitorizarea progreselor; intervenție multi- nivelară și implicarea familiei.

Exemplu de răspuns la intervenție

Descriere	Rolurile sugerate ale logopedului
Se iau în considerare elevii care au nevoie de sprijin continuu, intensiv, individualizat și / sau sunt trimiși la evaluare pentru a determina eligibilitatea pentru servicii de educație specială.	Implementați o intervenție directă pentru elevii cu tulburări de limbaj care nu au beneficiat de alte servicii de sprijin. Stabiliți cu itineranzi modul de repartizare a resurselor pentru a sprijini atingerea performanței. Oferiți servicii cât mai rapid, pentru a reduce diferența dintre elevii în dificultate și colegii lor de clasă.

Aplicația 2

Construiți un demers terapeutic utilizând două dintre metodele exemplificate pentru a forma abilitatea de conștientizare fonologică în cazul unui elev cu dislexie de 7 ani.

„Motan m-aş fi dorit să fiu
cu coada-n sus, cu blana-n dungi,
cu gheare şi musteţe lungi,
c-un ochi verzui şi-un ochi căprui.”

Balada motanului de Nichita Stănescu

Motivați alegerea metodelor și explicați etapele pe care le veți parcurge.

Rezumat

Bodea Hațegan (2016) propune următoarele modele explicative ale tulburărilor de limbaj: modelul sistemic, modelul categorial, modelul tulburărilor specifice și modelul descriptiv.

Cele mai cunoscute clasificări ale tulburărilor de limbaj sunt cele utilizate de ICF, DSM, ASHA, organizațiile și asociațiile profesionale care doresc uniformizarea criteriilor de diagnostic.

Conștiința fonologică reprezintă „abilitatea cognitivă de reprezentare și manipulare a unităților fonologice care permite analiza fluxului sonor pentru codarea lui în scris, atât la modul general, pentru înțelegerea principiului alfabetic, cât și la modul particular, pentru redarea secvențială a fonemelor într-o serie spațio-temporală” (Morais, 1991, cf. David, Roșan, 2019, p. 16).

Metode de dezvoltare a conștiinței fonologice: metoda fonetică analitico-sintetică, metoda Elkonin, metoda reprezentării ideografice, metoda Castiglioni – Spalton și Ehri, metoda Borel-Maisonny fonetică și gestuală (David, Roșan, 2019).

Noile abordări în intervenția logopedică accentuează rolul deosebit de important al relației terapeutice. Tipurile de parteneriate de colaborare cele mai uzuale sunt: modelul consultativ (managerul de caz este un alt specialist, nu logopedul) și predarea în echipă.

Referințe bibliografice

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
2. ASHA (2019). *Speech and Language Disorders.* Accesat în 22.04.2019, https://www.asha.org/public/speech/disorders/
3. Bodea Haţegan, C. (2016). *Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise.* București, România: Editura Trei.
4. Bowen, C. (2015). *Children's speech sound disorders. Second edition*. Oxford, England: John Wiley&Sons.
5. Browman, C. P., & Goldstein, L. M. (1986). Towards an articulatory phonology. *Phonology*, *3*, 219-252. https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED274022.pdf#page=222 accesat în 12.07.2019.
6. Damico, J. S., Müller, N., & Ball, M. J. (Eds.). (2013). *The handbook of language and speech disorders.* West Sussex: Wiley-Blackwell.
7. David, C., Roșan, A., (2019). *Intervenții psihopedagogice în tulburările specific de învățare. Învățăm fonologic – program structurat de antrenament al conștiinței fonologice bazat pe dovezi științifice.* Iași, România: Polirom.
8. Flaugnacco, E., Lopez, L., Terribili, C., Montico, M., Zoia, S., & Schön, D. (2015). Music training increases phonological awareness and reading skills in developmental dyslexia: a randomized control trial. *PloS one*, *10*(9).
9. Fracasso, L. E., Bangs, K., & Binder, K. S. (2016). The contributions of phonological and morphological awareness to literacy skills in the adult basic education population. *Journal of Learning Disabilities, 49*(2), 140-151.
10. Goodrich, J. M., & Lonigan, C. J. (2016). Lexical characteristics of Spanish and English words and the development of phonological awareness skills in Spanish-speaking language-minority children. *Reading and Writing, 29*(4), 683-704.
11. Hogan, T., Catts, H., & Little, T. (2005). The relationship between phonological awareness and reading: Implications for the assessment of phonological awareness. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 36*(4), 285–293
12. Hume, S. B., Schwarz, I., & Hedrick, M. (2018). Preliminary Investigation of the Use of Phonological Awareness Paired With Production Training in Childhood Apraxia of Speech. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups, 3*(16), 38-52.

13. Naess, K. A. B. (2016). Development of phonological awareness in Down syndrome: A meta-analysis and empirical study. *Developmental psychology, 52*(2), 177.
14. Roth, F., & Worthington, C.K. (2016). *Treatment resource manual for speech-language pathology. 5th edition.* Clifton Park, NY: Delmar, Cengage Learning.
15. Stanovich, K. (2000). *Progress in understanding reading: Scientific foundations and new frontiers.* New York, NY: Guildford.
16. Suggate, S. P. (2016). A meta-analysis of the long-term effects of phonemic awareness, phonics, fluency, and reading comprehension interventions. *Journal of learning disabilities, 49(*1), 77-96.
17. Thelen, E., & Bates, E. (2003). Connectionism and dynamic systems: Are they really different?. *Developmental Science, 6*(4), 378 - 391. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1467-7687.00294 accesat în 12.06.2019.
18. Torgesen, J. K., Wagner, R. K., Rashotte, C. A., & Herron, J. (2018). Summary of Outcomes from First Grade Study with" Read, Write, and Type" and" Auditory Discrimination in Depth" Instruction and Software with At-Risk Children. FCRR Technical Report# 2. *Florida Center for Reading Research*.
19. World Health Organization (2015). *ICD-10 online, version for 2015*. Geneva: World Health Organization, accesat în 11.09.2019 la https://icd.who.int/browse10/2015/en#/F01

Evaluarea tulburărilor de limbaj

Cuprins

4.1. Introducere *56*
4.2. Competențe *56*
4.3. Aspecte particulare ale testării vâstelor mici *57*
4.4. Instrumente de măsurare de tip screening *59*
4.5. Scale de dezvoltare *60*
4.6. Instrumente de evaluare *66*

4.1. Introducere

Examinarea logopedică este un proces laborios și complex care reclamă un complex de cunoștințe și abilități variate. Stabilirea unui diagnostic este necesară conceperii unui plan de intervenție adecvat tulburării și personalizat în funcție de caracteristicile specifice ale persoanei investigate.

În deschiderea unității de învățare sunt discutate metode de evaluare (testul, scala de dezvoltare, anamneza, observația, interviul, studiul de caz), apoi capitolul prezintă modalitățile în care se realizează evaluarea logopedică, în funcție de specificul vârstei logopatului. În finalul unității de învățare se prezintă câteva instrumente de evaluare.

4.2. Competenţele unităţii de învăţare

După parcurgerea acestei unități, studenții vor fi capabili:

- *Să descrie succint un examen logopedic,*
- *Să exemplifice metode de evaluare a tulburărilor de limbaj și comunicare, .*
- *Să analizeze specificul evaluării la vârste diferite,*
- *Să exemplifice diverse instrumente de evaluare logopedică.*

Durata medie de parcurgere a acestei unităţi de învăţare este de 4 ore.

4.3. Aspecte particulare ale testării vârstelor mici

Evaluarea reprezintă procesul sistematic de colectare, analiză, și interpretare a datelor. Este extrem de important ca evaluarea să nu se oprească la prima sa operație, și anume măsurarea. Interpretarea datelor colectate trebuie să fundamenteze decizia terapeutică și educațională, luată pentru a diminua sau înlătura problemele cu care se confruntă logopatul. *Scopurile evaluării logopedice* sunt: diagnosticarea persoanei pentru a se propune o intervenție specifică, personalizată și monitorizarea evoluției acesteia, pentru a fundamenta deciziile intermediare (menținerea, modificarea măsurilor) în implementarea planului terapeutic.

Sunt evaluate abilitățile de comunicare funcțională ale copilului / adultului. Aceste abilități sunt esențiale în evoluția școlară, academică și în viața socială. Evaluarea acestora se desfășoară de mai multe ori, în momente diferite ale terapiei (inițial, pe parcurs, după finalizarea acesteia) precum și în contexte variate (de exemplu, în clasă, în cabinetul logopedic, la locul de joacă și acasă). Pentru ca evaluarea să fie completă, meticuloasă și precisă, se vor aduna informații de la aparținători, părinți, profesori, alți specialiști și din dosarul medical. La finalul fiecărei evaluări se stabilesc abilitățile și capacitățile bine dezvoltate precum și nevoile de formare ale persoanei.

Principalele metode de evaluare în logopedie sunt:

- testele standardizate – sunt teste decontextualizate care permit analize comparative între categorii de subiecți; sunt însoțite de criterii standardizate de administrare și notare cu măsurători statistice cunoscute;
- teste nestandardizate - compară performanța copilului cu un criteriu prestabilit;
- scalele de dezvoltare - utilizează interviuri și / sau observații și oferă, de obicei, scoruri echivalente cu vârsta sau gradul; scoruri standard de comparație lipsesc, astfel nu pot fi făcute comparații;
- obsevațiile clinice și educaționale – metodă de investigare calitativă;
- interviurile – conțin întrebări specifice pentru a afla debutul și evoluția tulburării;
- anamnezele – un interviu dirijat vizând istoricul personal de sănătate;
- studiile de caz – conțin toate datele obținute din celelalte forme de testare și permite interpretări calitative.

În *tabelul 4.3.1 Corespondența aspecte esențiale de comunicare – metode de investigare,* prezentăm o matrice a ariilor investigate și a tipurilor de instrumente ce pot fi folosite.

Tabelul 4.3.1. Corespondența aspecte esențiale de comunicare – metode de investigare

	Test standardizat	Interviu părinte	Interviu profesor	Observație	Proba de limbaj	Examen oral-periferic	Evaluare motorie	Evaluare ORL	Screening-ul auditiv
Limbaj receptiv	*	*	*	*					*
Limbaj expresiv	*	*	*	*	*				*
Conștientizare fonologică	*	*	*	*					*
Pragmatică	*	*	*	*					*
Articulare	*	*	*	*	*	*	*		*
Fluență	*	*	*	*	*		*		*
Voce	*	*	*	*	*	*		*	*
Comunicare augumentativă /alternativă	*	*	*	*					*
Capacitățile de înghițire	*	*	*	*		*		*	*
Capacități auditive	*	*	*	*	*	*		*	*

Evaluarea capacităților de înghițire, a celor auditive o realizează specialistul ORL și audiologul. Logopedul fie primește evaluarea lor, fie lucrează alături de ei în realizarea diagnosticului.

4.4. Examinarea logopedică în perioada de la naștere la școlaritatea mică

Specialiștii consideră că intervenția timpurie este un aspect deosebit de important în realizarea unei recuperări cât mai complete. Din acest motiv, activitățile de depistare și prevenție a tulburărilor încă de la primele semne sunt absolut necesare. Un prim test de screening, scala Apgar, este aplicat copiilor, imediat după naștere. Prin intermediul acesteia, se decid care sunt posibilitățile ca nou-născutul să dezvolte o anumită patologie. Se măsoară gradul de activism, respirația, grimasa, pulsul și aspectul. Deși nu este specific tulburărilor de comunicare, scorurile obținute pot indica riscuri în planul dezvoltării, care afectează și aria lingvistică. Scorurile primite sunt între 1 și 10, un punctaj obținut între 4 și 7 indică prezența factorilor de risc, iar un scor sub 3 semnalează riscul de a dezvolta o patologie cu efecte ireversibile sub aspectul dezvoltării.

Scala Communication matrix evaluează comportamentele și abilitățile de comunicare preintenționată, încă din perioada 0-3 luni. Alte comportamente pe care această scală le urmărește la vârsta de 0-24 de luni sunt: comportamentele intenționate, abilitățile de comunicare neconvențională și convențională, limbajul. Elementele urmărite în această perioadă de viață sunt: interesul pentru ceilalți, lalația canonică, comunicarea nonverbală, emiterea de sunete (vocale la început și apoi consoane), apariția primului cuvânt, înțelegerea comenzilor simple. Până în 2 ani, copilul învață reguli sociale, utilizează formule de politețe, răspunde verbal și nonverbal la întrebările adresate atât de familie, cât și de persoane necunoscute. Apare jocul simbolic și imită structuri verbale, ecolalic, vocabularul dezvoltându-se constant.

În intervalul 2 -3 ani, esențială este dezvoltarea limbajului expresiv, iar între 3 și 4 ani se urmăresc abilitățile conversaționale, structura gramaticală, nivelul de inteligibilitate al vorbirii, formularea de propoziții simple din 3 -4 cuvinte, nivelul fonetic. Între 4 și 6 ani, apar semnale de alarmă, la copilul care are un nivel scăzut al inteligibilității limbajului, abilități conversaționale reduse, tulburări de comportament, schemă corporală slab definită, abilități motorii slab dezvoltate. Acesta are șanse de risc mari să dezvolte tulburări de limbaj și comunicare.

Tot în această perioadă, până în 6 ani, poate fi stabilit dacă acel copil provine dintr-un mediu defavorizat sau / și suferă de dizabilități auditive, autism, dizabilitate intelectuală, sindromul Landau – Kleffner, epilepsie precum și întârziere în dezvoltarea limbajului.

4.5. Examinarea complexă începând cu vârsta școlară mică

Potrivit DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), principalele categorii de tulburări de limbaj și comunicare sunt:

- tulburările de limbaj (speech disorders);
- tulburarea sunetelor vorbirii / fonemelor (speech sound disorder);
- tulburarea de fluență cu manifestare la copil (bâlbâială);
- tulburările de comunicare socială (pragmatică);
- alte tulburări nespecificate de limbaj.

Într-un efort de prevenţie şi corectare a eventualelor tulburări de limbaj, logopezii au ca sarcină să examineze toți copiii, începând cu grupa pregătitoare, la începutul anului şcolar. În realitate, acest lucru nu se întâmplă în toate unitățile școlare, dar, la intervenția cadrelor didactice, părinții pot programa copiii la o evaluare logopedică.

Dacă totuși are loc examinarea de screening, aceasta se desfășoară în trei etape:

1. **Etapa organizatorică** în care se stabilește orarul examinărilor, forma de oraganizare, spațiul și alte resurse necesare;
2. **Examinarea selectivă** în care limbajul este evaluat oral, sumar, prin adresarea de întrebări simple, tipice unei conversații sociale comune („Cum te cheamă?”, „Câți ani ai?”, etc.). Apoi i se poate cere copilului să denumească obiecte uzuale, folosite frecvent. În această primă evaluare, logopedul acordă atenție abilităților sociale de comunicare ale copilului, nivelului de dezvoltare a limbajului, calității pronunției. În selecția cuvintelor care se doresc a fi emise de către copil, logopedul va avea grijă să le introducă pe cele care conțin sunete care apar mai târziu în evoluţia vorbirii la copii (s, z, r, ş, j, c), în poziţia iniţială, mediană şi finală a cuvântului. Acei copii care prezintă o formă de risc de a dezvolta o tulburare de limbaj și comunicare sau prezintă simpomele acestora, vor fi programați la o examinare mai detaliată.
3. **Examinarea amănunțită** are ca scop stabilirea diagnosticului. Astfel este necesară stabilirea diagnosticului diferenţiat, excluzând condiții precum: pierderi de auz, dificultăți de învățare, dizabilități intelectuale, autism, sindromul Landau-Kleffner (afazie epileptică), mediul de proveniență și cel educațional sărac în stimularea limbajului, întârzierile în dezvoltarea limbajului (Thambirajah, 2011).

O examinare integrală cuprinde:

- **Anamneza** care presupune investigarea trecutului unei persoane pentru a afla detalii importante care ar putea explica evoluția și situația actuală a tulburării. Sunt consemnate în anamneză, bolile mai importante din copilărie, datele dezvoltării generale (fizică și psihică) precum și evenimentele majore care ar fi putut marca evoluția tulburării. Este un interviu dirijat.
- **Examinarea somato-funcțională** în care se evaluează particularitățile somatice, specificul organelor articulatorii, a obrajilor, forma și amplitudinea palatului dur, mobilitatea, forma şi mărimea palatului moale, a buzelor, a limbii, a formei danturii, forma arcurilor maxilarelor, existenţa prognatismului inferior sau superior etc.
- **Examenul motricităţii articulatorii** se va concentra pe analiza nivelului de precizie a mișcărilor articulatorii şi ritmicitatea acestora.
- **Examinarea capacității auditive** se realizează în cabinetul logopedic, oarecum rudimentar, utilizând probe acumetrice. Se vorbește în șoaptă de la distanțe diferite, în fața și în spatele copilului, pentru a determina nivelul de acuitatea auditivă. Dacă acesta nu răspunde se va vorbi cu o tonalitate obișnuită apoi tare, în aceeași manieră, pentru a testa autocontrolul auditiv al vorbirii. Este necesară evaluarea unui audiolog pentru un diagnostic precis.
- **Examinarea auzului fonematic** se realizează pentru a stabili nivelul de diferențiere fonetică în procesul articulării cuvintelor. Pentru acest tip de evaluare se utilizează paronime, logatomi, excluzând labiolectura. Dacă rezultatele acestei examinari sunt nesatisfăcătoare, se va consulta specialistul ORL.
- **Examinarea motricității respiratorii** – se realizează pentru a identifica tipul de respirație predominant și calitatea acesteia.
- **Investigarea tiparului vocii** se focusează pe identificarea timbrului, rezonanței, intensității, duratei, melodicității şi sonorității acesteia. De asemenea, se va urmări prezența răguşelii, a asteniei vocale, a disfoniei, a rinolaliei, a vorbirii sacadate.
- **Evaluarea ritmului** urmărește atât articularea sunetelor într-un ritm impus, cât și memoria auditivă a unei secvențe de note muzicale.
- **Evaluarea pronunției** este un proces complex în care se identifică tiparul vorbirii independente, apoi pronunţia sunetelor izolate precum și în variate structuri (silabe, logatomi, cuvinte, propoziţii, fraze).

Exemplu

Pentru evaluarea vorbirii independente, copilul va fi rugat să povestească o întâmplare recentă, să spună o poezie, să redea un cântec, să descrie ce vede într-o imagine sau suscesiuni de imagini.

Fişă 4.5.1. Fişa de examinare logopedică (Guţu, 1974 apud. Bodea Haţegan, 2016, pp.164-167)

Nr. fişei_____ Numele examinatorului_____

Datele examinatorului_____

I. DATE GENERALE

1.1 Personale

Numele de familie_____prenumele_____

născut în anul_____luna_____ziua_____domiciliul_____

instituţia_____

1.2. Familiale

numele părinţilor	naţionalitatea	vârsta	studii	ocupaţia	locul de muncă
tata _____	_____	_____	_____	_____	_____
mama_____	_____	_____	_____	_____	_____

1.3. Motivul examinării

Trimis de _____

Cu ce acuze este trimis_____

II. ANAMNEZA

2.1. Familială

Structura familiei_____

Al câtelea copil este_____starea de sănătate a membrilor familiei_____

Persoane cu tulburări de limbaj în familie_____

Relaţiile în familie : a. între părinţi_____

b. faţă de copil_____

c. atitudinea faţă de defectul de pronunţie al copilului_____

Dacă sunt stângaci sau ambidextri în familie_____

Condiţiile materiale, igenice, educative ale familiei_____

2.2. Personală

Sarcina_____

Naşterea : la termen_____la _____luni;greutatea_____

Tulburări psihice_____

2.3.Date asupra auzului şi limbajului

Gânguritul_____

Evoluţia vorbirii	lalaţiunea	4	6	8	10	1
	primul cuvânt	8	10	12	14	1
	prima propoziţie	14	16	18	20	2

Ritmul vorbirii_____

Limba maternă şi cea a mediului înconjurător_____

_____

Înţelegera vorbirii persoanelor din jur_____

_____

Însuşirea unei limbi străine_____

Însuşirea scrierii şi a citirii_____

Când a apărut tulburarea de limbaj_____

Cauza reală sau presupusă_____

Dacă a beneficiat de tratament logopedic_____

_____

III.EXAMENUL SOMATIC ŞI FUNCŢIONAL

3.1.Aspectul somatic

Conformaţia capului_____

_____

_____

Mecanisme periferice ale vorbirii_____

Cavitatea bucală_____vălul palatin_____

_____limba_____

buzele_____maxilarele_____

dantura_____

3.2.Motricitatea

Mersul_____

Coordonarea generală a mişcărilor_____

Lateralitatea_____

Motricitatea limbii_____

Motricitatea mimico-facială_____

Motricitatea buzelor_____

Motricitatea vălului palatin_____

Ritmul acustico-motor_____

3.3.Respiraţia

Diferenţierea dintre respiraţia orală şi cea nazală_____

Tipul de respiraţie_____

3.4.Funcţia auditivă

Atenţia auditivă_____

Memoria auditivă_____

Capacitatea de diferenţiere fonematică_____

Auzul muzical_____

3.5.Funcţia fonatorie

Intensitatea vocii_____

Calitatea vocii_____

Mutaţia vocii_____

IV. LIMBAJUL ORAL ŞI SCRIS

4.1.Pronunţia sunetelor şi a cuvintelor

Reproducerea fonemelor pe bază de auz_____

Reproducerea fonemelor pe bază de citire_____

Mişcări articulatorii defectuoase_____

Mişcări asociate_____

Omisiuni de sunete_____

Confundarea sunetelor_____

Estomparea terminaţiei cuvintelor_____

4.2.Ritmul şi fluenţa vorbirii

Fluenţa_____

Ritmul vorbirii_____

Poticniri la sunete_____silabe_____

_____cuvinte_____

Repetări de sunete_____silabe_____

_____cuvinte_____

Spasme articulatorii şi muşchii afectaţi_____

Calitatea vorbirii:independentă_____

reflectată_____

Calitatea citirii:independente:_____

reflectată_____

Diverse fobii_____

Mişcări concomitente_____

Vorbirea în diferite situaţii_____

Bâlbâiala în cânt şi la instrumente_____

Bâlbâiala în scris_____

4.3.Scrierea şi citirea

Copiere_____

Dictare_____

Compunere_____

Structura grafică_____

Structura logică_____

Citire_____

V. DIAGNOSTICUL TULBURĂRILOR DE LIMBAJ

5.1.Caracterizarea limbajului şi a persoanei examinate

Vorbirea_____

Scrisul_____

Cititul_____

Succesul şcolar_____

Conduita_____

5.2.Cauzele şi diagnosticul

Cauze presupuse_____

Cauze confirmate_____

Diagnosticul iniţial_____

Evoluţia diagnosticului_____

Diagnosticul final_____

Exemplu

Evidenţa frecvenţei la terapia logopedică

LUNA	ZI DE TERAPIE
Octombrie	
Noiembrie	
Decembrie	
Ianuarie	
Februarie	
Martie	
Aprilie	
Mai	

4.6. Instrumente de evaluare

Instrumentele de evaluare logopedică sunt structurate în categorii, în funcție de aspectul evaluat. Astfel, există:

- *Teste sau probe care evaluează întreg limbajul* (Evaluarea abilităților semantice prin limbajul cotidian – ASSET, Test pentru examinarea morfologiei expresive, Test de vocabular expresiv cu un cuvânt, Test de procesare a limbajului, Scala limbajului preșcolar, Testul de vocabular al imaginii Peabody, Testul receptiv al vocabularului cu un cuvânt, Proba de vocabular Rey, Proba pentru cunoașterea vârstei psihologice a limbajului – A. Descouderes, etc.),
- *Scale de dezvoltare* (Scala „C Păunescu" pentru nivelul de dezvoltare a limbajului, Scala dezvoltării limbajului Reynell, etc.),
- *Instrumente care evaluează conștientizarea fonologică* (Test de conștientizare a segmentelor de limbaj, Test de conștientizare fonologică, Testul abilităților de analiză auditivă etc.),

- *Instrumente care evaluează articularea* (Testul de articulație Goldman-Fristoe, Analiza fonologică a lui Khan-Lewis, Testul competenței minime de articulare T-MAC etc.),
- *Instrumente care evaluează fluența* (Proba de evaluare a fluenței la copiii de vârstă școlară, Proba Cooper pentru evaluarea sindromului de bâlbâială CASS, Instrumentul de evaluare a severității bâlbâielii pentru copii și adulți SSI-3 etc.),
- *Instrumente care evaluează vocea* (Protocolul de evaluare vocală pentru copii și adulți VAP, Programul de voce Boone pentru copii etc.),
- *Instrumente pentru comunicarea alternativă / augmentativă,* formale și informale (Evaluarea pentru comunicare non-orală, Instrumentul de screening complet pentru determinarea modului de comunicare optimă, Evaluarea non-orală a comunicării, Testul fără vorbire etc.).

Exemplu de chestionar adresat părintelui pentru investigarea evoluției tulburării (adaptare după Thambirajah, 2011, pp. 312-318)

1. Ați experimentat dificultăți sau complicații în timpul sarcinii? DA/NU
   Dacă da, oferiți detalii la finalul chestionarului.
2. Nașterea la fost la termen? DA/NU
   Dacă nu, menționați numărul de săptămâni.....
3. Au fost dificultăți în timpul nașterii? DA/NU
4. Care a fost greutatea fătului la naștere? .....
5. A stat copilul dvs. într-o secție specială? DA/NU
   Dacă da, cât timp.....
6. Ați experimentat dificultăți în perioada postnatală (boală sau depresie)? DA/NU
7. Copilul a avut colici? DA/NU
8. Copilul a dormit bine? DA/NU
9. Ați avut probleme semnificative în această perioadă (separare, stres familial)? DA/NU
10. Copilul dvs. s-a dezvoltat normal? DA/NU
11. Ați avut îngrijorări în privința dezvoltării copilului? DA/NU
    Dacă da, oferiți detalii la finalul chestionarului.
12. Vârsta la care a stat în picioare fără sprijin .....
13. Vârsta la care mers fără sprijin .....

14. Vârsta la care a spus primul cuvânt .....
15. Vârsta la care a alăturat două cuvinte .....
16. Vârsta la care a făcut o propoziție de 3 cuvinte .....
17. Vârsta la care a vorbit inteligibil .....
18. Vârsta la care nu a mai avut enurezis nocturn .....
19. Vârsta la care a prins o minge în mișcare .....
20. Vârsta la care a folosit cuțitul și furculița .....
21. Vârsta la care și-a legat șireturile.....
22. L-ați descrie ca fiind împiedicat? DA/NU
23. Are copilul dvs. dificultăți de limbaj și comunicare? DA/NU
24. Cât de multe înțelege din ce îi spuneți? Tot/ Mediu/ Puțin
25. Aveți senzația că nu aude bine? DA/NU

Exemplu de test de identifiare a categoriei morfo-sintactică afectată

Testul Wheldall este un test pentru copii cu vârste între 3 și 5 ani. Conține 60 de itemi, împărțiți în 15 subteste cu 4 itemi fiecare. Copilului i se cere să identifice din cele 4 imagini prezentate, pe cea care corespunde cerinței examinatorului.

Rezumat

Scopurile evaluării logopedice sunt: diagnosticarea persoanei pentru a se propune o intervenție specifică, personalizată și monitorizarea evoluției acesteia, pentru a fundamenta deciziile intermediare (menținerea, modificarea măsurilor) în implementarea planului terapeutic.

Pentru ca evaluarea să fie completă, meticuloasă și precisă, se vor aduna informații de la aparținători, părinți, profesori, alți specialiști și din dosarul medical. La finalul fiecărei evaluări se stabilesc abilitățile și capacitățile bine dezvoltate precum și nevoile de formare ale persoanei.

Un prim test de screening, scala Apgar, este aplicat copiilor, imediat după naștere. Scala Communication matrix evaluează comportamentele și abilitățile de comunicare preintenționată. Potrivit DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), principalele categorii de tulburări de limbaj și comunicare sunt:

- tulburări de limbaj (speech disorders);
- tulburarea sunetelor vorbirii/fonemelor (speech sound disorder);
- tulburarea de fluență cu manifestare la copil (bâlbâială);
- tulburări de comunicare socială (pragmatică);
- alte tulburări nespecificate de limbaj.

Examinarea de screening, aceasta se desfășoară în trei etape:

1. Etapa organizatorică
2. Examinarea selectivă
3. Examinarea amănunțită (Thambirajah, 2011).

O examinare integrală cuprinde:

- Anamneza
- Examinarea somato-funcțională
- Examenul motricităţii articulatorii
- Examinarea capacității auditive
- Examinarea auzului fonematic
- Examinarea motricitătii respiratorii
- Investigarea tiparului vocii
- Evaluarea ritmul
- Evaluarea pronunției

Instrumentele de evaluare logopedică sunt structurate în categorii, în funcție de aspectul evaluat. Astfel, există:

- *Teste sau probe care evaluează întreg limbajul*
- *Scale de dezvoltare*
- *Instrumente care evaluează conştientizarea fonologică*
- *Instrumente care evaluează articularea*
- *Instrumente care evaluează fluența*
- *Instrumente care evaluează vocea*
- *Instrumente pentru comunicarea alternativă/augmentativă*

Referințe bibliografice

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
2. Bodea Haţegan, C. (2016). *Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise.* București, România: Editura Trei.
3. Thambirajah, M. S. (2011). *Developmental assessment of the school-aged child with developmental disabilities: A clinician's guide*. Jessica Kingsley Publishers.

Unitatea de învăţare U. I.5.

Tulburările de limbaj și dizabilitățile cognitive și intelectuale.

Cuprins

5.1. Introducere *71*

5.2. Competenţe *71*

5.3. Tulburările de limbaj și ADHD *72*

5.4. Tulburările de limbaj și Sindromul Down *74*

5.5. Tulburările de limbaj asociate leziunilor cerebrale ale emisferei drepte *76*

5.6. Tulburările de limbaj și demența *78*

5.1. Introducere

Unitatea de învățare își propune să evidențieze legăturile existente între tulburările de limbaj și comunicare și dizabilitățile cognitive și intelectuale. Deși unitatea nu acoperă toate tipurile de dizabilități cognitive și intelectuale, se prezintă unele dintre cele mai frecvente și mai relevante în contextul contemporan.

5.2. Competenţele unităţii de învăţare

După parcurgerea acestei unități, studenții vor fi capabili:

- *Să definească tulburările de limbaj asociate dizabilităților cognitive,*
- *Să ofere exemple de tulburări de comunicare datorate leziunilor cerebrale traumatice,*
- *Să analizeze diferite tipuri de intervenție logopedică,*
- *Să construiască un plan de intervenție logopedică specifică.*

Durata medie de parcurgere a acestei unităţi de învăţare este de 4 ore.

5.3. Tulburările de limbaj și ADHD

ADHD (Attention – Deficit / Hyperactivity Disorder) a fost tradusă în limba română ca tulburare hiperchinetică cu deficit de atenție sau deficit de atenție cu / fără hiperactivitate. Studiile recente evidențiază că această tulburare afectează 10 % din populația școlară (Norbury, Gooch, Wray, et al., 2016). Mulți dintre copiii cu ADHD experimentează întârzieri în dezvoltarea limbajului și dificultăți de comunicare care afectează viața socială și performanța școlară (Damico, Muler, Ball, 2013; Chan & Fugard, 2018).

ADHD se caracterizează prin prezența unui tipar persistent și sever de lipsă de atenție și / sau hiperactivitate sau impulsivitate care se interpune peste funcționarea normală în mediile sociale, educaționale și locul de muncă. Stabilirea diagnosticului de ADHD este consecutiv observării constanței de manifestare a minim șase simptome de neatenție sau comportament hiperactiv sau impulsiv în contexte diferite (American Psychiatric Association, 2013).

„Hiperactivitatea se referă la activitatea motorie excesivă în contexte nepotrivite, neastâmpăr sau tendința de a vorbi în exces. Impulsivitatea face referire la acțiuni irascibile, improvizate, care apar brusc și au un potențial crescut de pericol pentru individ" (Roșan, coord., 2015, p.385). Inatenția se caracterizează prin dificultăți de concentrare a atenției asupra activității începute sau în derulare, distragere de stimuli nerelevanți, fără grijă la detalii, produsele copilului având erori datorate neglijenței, dificultăți în organizarea activității, evitarea efortului mental pe perioade mai lungi de timp.

ADHD debutează în copilărie, în perioada 7 -12 ani, se menține și la vârstă adultă, dar cu un tablou simptomatic mai redus comparativ cu cel din copilărie. Unele dintre trăsăturile de bază ale bolii sunt deficitele în funcțiile executive și controlul inhibitor slab. Factorii etiologici cuprind: factori genetici, complicații pre și postnatale, tulburări metabolice, deficit la nivelul funcțiilor executive, nivel scăzut al catecolaminelor, factorii de mediu. ADHD-ul are multe comorbidități, dar cea mai frecventă dintre acestea este tulburarea de limbaj și comunicare (Tomblin și Mueller, 2012).

Studiile care au investigat legăturile dintre ADHD și tulburările de limbaj și comunicare, au postulat că acei copii care suferă de ambele condiții, prezintă o patologie severă în integrarea vizual-motorie a informațiilor, au rezultate mai slabe la testele pentru abilitățile cognitive, iar memoria de scurtă durată pare a fi mai afectată comparativ cu persoanele doar cu ADHD, fără tulburări de limbaj și comunicare (Beitchman, Tuckett, & Batth, 1987). Un alt studiu relativ recent arată că persoanele cu ADHD au dificultăți în

conversațiile pragmatice. Astfel, conversațiile lor sunt stereotipe, au dificultăți în a stabili raportul conversațional, fapt care influențează relațiile sociale. Sintaxa, coerența și semantica sunt arii afectate la copii cu ADHD (Geurts, & Embrechts, 2008).

Gooch și colaboratorii săi au investigat asocierile dintre viteza generală de procesare, limbaj și ADHD într-un studiu longitudinal pe o populație de 528 de copii din Marea Britanie (Gooch, Sears, Maydew, Vamvakas, & Norbury, 2019). Rezultatele cercetării arată că un nivel scăzut constant al vitezei generale de procesare este caracteristic copiilor cu tulburări de limbaj dar nu este un predictor bun pentru evoluția tulburării de-a lungul timpului. Autorii au ajuns la concluzia că nivelul de neatenție / hiperactivitate moderează asocierea dintre limbă și viteza de procesare, indicând că deficitele de procesare dăunează mult dezvoltării limbajului, mai ales dacă se asociază cu un nivel scăzut al atenției și / sau nivel ridicat de hiperactivitate. Prin urmare, cercetarea postulează că viteza de procesare cognitivă este un factor de risc pentru ambele tulburări.

Un alt studiu longitudinal recent a examinat comorbiditatea tulburărilor de limbaj și ADHD pe subiecți din Iowa, SUA (Mueller, & Tomblin, 2012). Cercetătorii au descoperit că istoria familiei este un factor de risc în a dezvolta ADHD, precum și pentru comorbiditatea ADHD și tulburări de limbaj și comunicare. De asemenea, autorii consideră ambele tulburări analizate ca fiind continue și asociindu-se puternic.

Exemplu

M. este o elevă de clasa a șaptea în prag de repetenție. Conform rezultatelor evaluării psihologice și logopedice, eleva suferă de ADHD și de tulburare de limbaj și comunicare (balbism). Înainte de începerea terapiei, M. începe să caute în ghiozdan caietul de teme. Începe să plângă, să se bâlbâie, să trântească tot și să țipe, motivând că i s-a furat caietul. Nivelul crescut de anxietate, tiparul comportamental tipic ADHD, i-au accentuat manifestările tipice tulburării de limbaj, deturnând comunicarea dintre elevă și logoped.

La sugestia logopedului, M. scoate tot ce are în ghiozdan, pe masa de lucru. Colecția din ghiozdanul ei cuprindea: toate manualele școlare pentru toate disciplinele școlare studiate în semestrul curent, caiete fără coperți și neetichetate, teme de anul precedent pe foi mototolite, un biscuite pe jumătate mâncat, multe șervețele nazale despachetate, multe ambalaje de produse consumate, o revistă, chei, pietricele, bomboane, firmituri, creioanele nearanjate în penar, elastice de păr, clame, un bidon gol, medicamente și un clește. La

sugestia logopedului, eleva a împărțit maldărul de lucruri în patru categorii: lucruri de aruncat, teancul de lucruri necesare zilnic, teancul necesar în ziua curentă și teancul de lucruri de păstrat acasă.

Aplicând metoda Răspunsului la intervenție, logopedul a reorientat atenția elevei spre aspecte pe care le poate controla, au analizat împreună situația produsă, au adăugat o secvență de respirație profundă, au rearanjat ghiozdanul, verbalizând împreună, fiecare etapă de reorganizare a acestuia și, cu umor, au început ședința logopedică planificată.

5.4. Tulburările de limbaj și Sindromul Down

Sindromul Down este o afecțiune genetică, permanentă, cauzată de prezența unui cromozom suplimentar în perechea 21, în 98 % din cazuri (Martin, Klusek, Estigarribia, & Roberts, 2009). Sindromul Down, este considerat una dintre principalele cauze de ordin genetic a dizabilității cognitive. Copiii cu sindrom Down experimentează în mod curent o constelație de simptome, care includ întârzieri în dezvoltarea motorie, în dezvoltarea limbajului, deficite specifice în ceea ce privește memoria verbală, precum și deficite cognitive (Roșan, 2015).

Particularitățile gândirii la copiii cu sindrom Down sunt: vâscozitatea genetică (dezvoltare caracterizată prin multiple inegalităţi şi oscilaţii evidențiate într-o evoluţie încetinită, inconsistentă şi nesigură), rigiditatea reacţiilor şi a comportamentului adaptativ, consecinţă a dereglării mobilităţii proceselor corticale de excitaţie şi inhibiţie. Gherghuț (2013, p. 84) afirma că „una dintre caracteristicile cele mai evidente ale proceselor mnezice la copilul cu sindrom Down o reprezintă fidelitatea redusă a memoriei, care se manifestă nu numai prin inexactităţi în reproducere, ci şi ca urmare a unor interferenţe care se produc între informaţii apropiate ca sens sau provenite din contexte asemănătoare”.

Persoanele cu sindrom Down prezintă deficite ale memoriei verbale de scurtă durată comparabile cu cele ale copiilor cu dificultățile de învăţare. Copiii cu sindrom Down utilizează extrem de puțin repetiţia articulatorie subvocală pentru a susține memoria verbală de scurtă durată. Într-o dezvoltare tipică, în jurul vârstei de 7 ani, acest mecanism se produce spontan, dar o mare parte dintre copiii cu sindromul Down nu ating această vârstă mentală, neputând astfel să-şi dezvolte aceste abilităţi extrem de importante. Deficitul ciclului fonologic afectează învăţarea vocabularului şi a gramaticii limbii (Roșan, 2015).

Alte arii ale dezvoltării limbajului și comunicării întârziate sunt: articulația, fonologia, imitația vocală, durata medie a rostirii și sintaxa expresivă (Pennington, Moon, Edgin, Stedron, & Nadel, 2003). Înțelegerea relațiilor sintactice necesită stocarea temporară în memorie a ordinii cuvintelor într-o frază, dar persoana cu sindrom Down prezintă deficiențe în ceea ce privește memoria de scurtă durată, ceea ce explică deficitul lingvistic, care influențează, la rândul său, dezvoltarea inteligenței.

În perioada copilăriei mici, se observă la persoanele afectate de sindromul Down, o utilizare intensă a limbajului non-verbal, întârziere în apariția limbajului expresiv, numărul de cuvinte asimilate este mult mai mic comparativ cu dezvoltarea tipică, exprimările sunt greoaie, greu inteligibile. Rostește primele cuvinte cu sens, în jurul vârstei de 24-30 de luni, folosește holofrazele mult peste vârsta tipică. O creştere semnificativă a volumului vocabularului expresiv este posibil să nu apară până la vârsta de cinci respectiv şase ani. Astfel, apar dificultăţi în însuşirea regulilor de vorbire, în a construi propoziţii corecte din punct de vedere gramatical, copilul dobândind o vorbire restrictivă, telegrafică care se păstrează chiar și în adolescență. Deficiențele fizice, consecutive tabloului genetic, determină lipsa integrității aparatului fono-articulator. Limba lată, hipotonă, gură mică, gât scurt, musculatura facială slab dezvoltată, dificultăți de respirație (respiră mult pe gură, nu pe nas), determină dificultăţi în coordonarea mișcărilor necesare producerii vorbirii, rezultând o pronunţie neclară a cuvintelor, omiterea unor sunete, înlocuirea lor, nazalizare.

Conştientizarea fonologică, precum segmentarea fonemelor şi conştientizarea ritmului, sunt puternic corelate cu decodarea fonologică. O serie de studii arată că, în sindromul Down, copiii prezintă dificultăţi în segmentarea silabelor şi a fonemelor, deleția sunetelor şi realizarea rimelor, precum şi în analiza fonologică, sugerând bazarea pe alte procese în sarcinile de identificare a cuvintelor (Kay-Raining Bird et al., 2000)**.**

Un aspect important este faptul că, o mare parte dintre copii cu sindromul Down dezvoltă deficienţe de auz, unilaterale sau bilaterale, ceea ce contribuie la mărirea dificultăţilor în achiziționarea limbajului (Roizen, Wolters, Nicol, & Blondis, 1993; Hick, Botting, & Conti-Ramsden, 2005). Abilitatea de a codifica și de a decoda limbajul, la toate nivelurile de conceptualizare, formulare și articulare, este compromisă atât de dificultățile fizice, senzoriale cât și de cele cognitive cu care se confruntă cei cu sindrom Down.

Principalele tulburări de limbaj și comunicare de care suferă copii cu Down sunt: tulburări de articulaţie, de ritm şi fluență a vorbirii (bâlbâiala, tahilalia, bradilalia), tulburări de pronunţie (dizartrie, dislalie, rinolalie), tulburări polimorfe (alalie). Intervenția logopedică

presupune utilizarea atât a metodelor cu caracter general cât și cele specifice tulburărilor particulare dezvoltate.

Exemplu

Metodele cu caracter general, utilizate în corectarea tulburărilor de limbaj, au în vedere:

a) Dezvoltarea motricității generale și a motricității aparatului fonoarticulator;
b) Educarea respirației, mișcărilor și a echilibrului;
c) Exerciții pentru educarea auzului fonematic;
d) Educarea personalității, înlăturarea negativismului față de vorbire și a tulburărilor comportamentale.

5.5. Tulburările de limbaj asociate leziunilor cerebrale traumatice

Leziunile cerebrale traumatice au o frecvență ridicată la copii și adolescenți. Specialiștii estimează că statisticile existente privind incidența și prevalența acesteia sunt sub nivelul real, întrucât multe dintre rănile ușoare nu sunt raportate. Incidența ca acești copii să nu primească tratament specializat după externare, este crescută. În urma acestor traumatisme, copiii pot dobândi tulburări cognitive, de memorie, de atenție, rezolvare de probleme și de comunicare pe termen lung (Riedeman, & Turkstra, 2018). Cea mai cunoscută tulburare pe care o pot dobândi este afazia, dar pot experimenta tulburări de comunicare care se datorează tulburărilor funcționării cognitive precum: atenția, memoria de lucru, învățarea cunoștințelor declarative, funcțiile executive, cunoașterea socială (Turkstra, Politis, & Forsyth, 2015). Cunoașterea socială este o abilitate necesară pentru recunoașterea emoțiilor și mentalizării, aspecte la care face adesea referire teoria minții.

De asemenea, tulburările cognitive, consecutive unui episod traumatic, pot influența orice arie a limbajului (fonetică, morfologică, sintactică, semantică și pragmatică) precum și modalități de comunicare, adică exprimarea abilităților de ascultare, de vorbire, de a utiliza limbajul nonverbal, abilitățile de citire și scriere. Nivelul de dezvoltare și exprimare a abilităților de comunicare este deosebit de important în atingerea succesului în activitatea școlară cât și în stabilirea și menținerea relațiilor cu ceilalți (Hanten, et all. 2008).

Dacă leziunea cerebrală traumatică are loc în perioada de dezvoltare a abilităților de citire, crește riscul de a acumula întârzieri în dezvoltarea vocabularului, de a fi afectată abilitatea de decodare a limbajului datorită încetinirii vitezei de procesare a informațiilor (Ewing-Cobbs, & Barnes, 2002). Cu cât gravitatea traumatismului este mai mare, cu atât tulburările de limbaj dobândite prezintă afectări ale înțelegerii limbajului oral și scris. În acest fel sunt afectate capacitățile de a face deducții, analogii, de a sesiza sarcasmul, umorul și limbajul figurative (de exemplu, metaforele), capacitatea de a procesa o cantitate mare de informații transmise verbal într-o perioadă de timp.

Fluența verbală este afectată, acești copii producând un număr mult mai mic de propoziții decât covârstnicii lor (Lindsey, Hurley, Mozeiko, & Coelho, 2018). Întrucât memoria implicită nu este afectată, acești copii nu prezintă forme de întârziere a dezvoltării fonologiei (pronunția sunetelor) și morfologiei (forma cuvintelor care determină un sens). Însușirea gramaticii nu este problematică datorită neafectării învățării implicite pe care se sprijină.

Un alt aspect afectat al limbii este componenta pragmatică întrucât copiilor afectați le este greu să își organizeze informațiile într-o secvență logică, astfel discursurile lor pot fi ambigue sau confuzante (de exemplu povestirea unui eveniment). Mai mult, abilitățile de negociere, de argumentare, de indicare a unor posibile ancore, de înțelegere a umorului și a sarcasmului prezintă o evoluție lentă și sinuoasă. Cu cât e mai ridicat gradul de automatism cerut în utilizarea discursului cu atât este mai dificil de realizat de acești copii.

Alte manifestări ale comunicării pragmatice deficitare sunt: vorbește în momente nepotrivite sau monopolizează conversația, vorbește despre subiecte fără legătură cu conversația începută, întrerupe discursul celorlalți cu ideile irelevante, slabe abilități de control al calității propriului discurs, continuă să vorbească chiar dacă interlocutorii dau semne clare că sunt neinteresați, explicațiile sale sunt lungi și dezorganizate, răspunde lacunar la întrebări, fiind incapabil să ofere detalii sau argumente.

Exemplu

Capacitatea de a face deducții și cea de a face conexiuni, utilizând un text lacunar se evidențiază în exerciții precum:

„Doctorul a operat timp de 8 ore un pacient” și „Doctorul a fost dezamăgit de rezultat”, legătura dintre cele două enunțuri fiind „Pacientul nu a supraviețuit”.

Producția verbală prezintă următoarele caracteristici: dificultăți în a reține și utiliza cuvinte noi, dificultăți în a-și reaminti cuvântul dorit în limbajul vorbit sau scris, utilizarea frecventă a expresiilor de înlocuire a unui substantiv sau verb („chestie" sau „știi"), probleme de organizare a discursului sau de organizare a ideilor în cuvinte, procesarea lentă a indicațiilor verbale, determinând un ritm lent de reacție, nivel slab de dezvoltare și exprimare a ortografiei, dificultatea de a scrie fraze.

Intervenția logopedică în cazul copiilor afectați de traumatisme cerebrale se concentrează pe trei aspecte:

- acțiunea directă asupra deficitelor de comunicare și remedierea lor;
- dezvoltarea/ consolidarea competențelor metacognitive;
- adaptare la noua condiție (Turkstra, Politis, & Forsyth, 2015).

Într-un studiu recent asupra nivelului cunoștințelor despre tulburările de limbaj și comunicare, consecutive leziunilor cerebrale traumatice și asupra nivelului perceput al abilităților practicienilor, cercetătorii au inventariat practicile și tehnicile terapeutice curente, pentru această tulburare. Acestea sunt: consiliere și educație, instruirea în utilizarea dispozitivelor asistive, tehnici de conștientizare, tehnici de recuperare specifice, tehnici de pregătire a abilităților conversaționale, îmbunătățirea competențelor sociale, mediere verbală, promptare, tehnici de concentrare a atenției, tehnici specifice grupurilor suport (Riedeman, & Turkstra, 2018).

5.6. Tulburările de limbaj și demența

Demența este considerată în ICD – 10, „un sindrom datorat îmbolnăvirii creierului, de obicei de o natură cronică sau progresivă, în care sunt perturbate multiple funcții corticale superioare, incluzând memoria, gândirea, orientarea, înțelegerea, calculul matematic, capacitatea de învățare, limbajul și judecata" (World Health Organization, 2015).

Criteriile de diagnostic prezentate în DSM 4 sunt:

A1. Tulburări de memorie (afectarea abilității de a învăța noi informații sau de a reaminti informații învățate anterior).

A2. Una (sau mai multe) dintre următoarele tulburări cognitive:

(a) afazie (deteriorarea limbajului),

(b) apraxie (afectarea capacității de a executa activități motorii, deși abilitățile motorii, funcțiile senzoriale și comprehensiunea sunt bune);

(c) agnozie (afectarea capacității de a recunoaște sau identifica obiectele, deși funcțiile senzoriale sunt bune);

(d) deficit în funcțiile executive (gândire abstractă, planificare, inițiere, monitorizare, încetarea unui comportament complex);

B. Deficitele de la A1 și A2 cauzează dificultăți în funcționarea ocupațională și socială și prezintă un declin semnificativ de la ultimul nivel de funcționare (American Psychiatric Association, 2013, pp. 147-157).

O clasificare în funcție de localizarea ariei cerebrale afectate de procesele degenerative, împarte demența în următoarele subcategorii: corticală (datorată bolii Alzheimer), subcorticală (cea asociată bolii Parkinson) și mixtă (cauzată de multiple accidente vasculare). Demența poate fi progresivă sau statică, reversibilă sau ireversibilă. Cauzele demenței reversibile sunt consumul de droguri, depresie severă, bolile infecțioase, endocrine sau metabolice (disfuncții tiroidiene), deficitul sever de anumite substanțe (de exemplu vitamina B12), afecţiunilor pulmonare sau cardiace, hidrocefaliei cu presiune normală sau tumorilor cerebrale (Müler, 2013).

Persoanele care prezintă o formă ușoară sau incipientă au afectată memoria de lucru și pe cea episodică. Funcțiile limbajului sunt în stare de funcționare, în absența unor comorbititățiți care afectează această structură. Primele semne legate de afectarea limbajului, atunci când simptomele demenței se agravează, sunt: dificultatea de a găsi cuvântul căutat, asociat cu utilizarea frecventă a substantivelor locative nespecifice (chestie), circumlocuțiuni, repetiții de idei însoțite de un discurs golit de sens.

Pe măsură ce manifestările bolii devin tot mai severe, degradarea cognitivă devine mai evidentă. Astfel, se pierd din ce în ce mai multe concepte, cuvinte, atenția este afectată, apar probleme de natură vizuo-spațială (Potkins et all., 2003). Sintaxa și morfologia rămân intacte dar erorile de conținut și semnificație sunt tot mai frecvente, bolnavii devenind din ce în ce mai puțin conștienți de problemele de comunicare, de contextul lingvistic și nonlingvistic (astfel nu mai înțeleg umorul, sarcasmul).

În stadiul cel mai grav, specialiștii au remarcat o prăbușire a memoriei, pacienții pierzându-și simțul orientării, nu mai recunosc nici pe cele mai apropiate persoane. Din punct de vedere al limbajului, s-a observat că unii păstrează forme rudimentare de limbaj (ecolalia, repetări inconștiente ale unor cuvinte), dizartrie, iar alții devin muți (Kempler, 1995). O perspectivă controversată în acest domeniu, este efectul bilingvismului asupra demenței. Unele cercetări au prezentat efecte slabe, neconcludente, dar există și multe alte studii care

susțin că bilingvismul ar putea întârzia dezvoltarea demenței (Bak, 2016; Woumans, 2015; Guzmán-Vélez, & Tranel, 2015).

Principalele direcții de terapie în cazul demenței vizează „reabilitarea cognitivă, dezvoltarea abilităților de coping, menținerea unei imagini de sine pozitive" (Müler, 2013, p.619). Intervențiile logopedice în demență se focalizează pe următoarele direcții: training pentru partenerii de conversație (strategie indirectă), stimulare cognitivă prin terapie de grup sau terapie individuală; antrenament cognitiv, stimularea abilităților de comunicare funcțională, repetarea cuvintelor din vocabularul relevant pentru persoană și abordări de reabilitare cognitivă, folosind comunicarea augmentativă și alternativă (Swan, 2018; Rogalski et all., 2015).

Exemplu

Frau Auguste D. și doctorul Alois Alzheimer

În 25 noiembrie 1901, o femeie de 51 de ani, Auguste D., era internată în Spitalul de psihiatrie din Frankfurt am Main, Germania. Doctorul rezident Alois Alzheimer a fost intrigat de tabloul simptomatic și a examinat pacientul în mod repetat. În 1907, la un an după moartea pacientei, doctorul Alois Alzheimer publică un articol în care rezuma deteriorarea cognitivă și comportamentală a doamnei D.

Aplicația 1

Folosind informațiile de mai sus, explicați legăturile existente între gândire și limbaj și argumentați rolul lor în dezvoltarea psihică.

Aplicația 2

Propuneți un plan de intervenție logopedică pentru copii cu sindrom Down.

Aplicația 3

Construiți un plan de intervenție pentru a rezolva criza detaliată în exemplul oferit în acest capitol, al elevei care suferea de ADHD și de tulburare de limbaj și comunicare, într-o altă manieră decât cea propusă.

De reținut

Tulburările de limbaj și comunicare și dizabilitățile cognitive și intelectuale

„Hiperactivitatea se referă la activitatea motorie excesivă în contexte nepotrivite, neastâmpăr sau tendința de a vorbi în exces. Impulsivitatea face referire la acțiuni irascibile, improvizate, care apar brusc și au un potențial crescut de pericol pentru individ" (Roșan, coord., 2015, p.385).

ADHD debutează în copilărie, în perioada 7 -12 ani, se menține și la vârstă adultă, dar cu un tablou simptomatic mai redus comparativ cu cel din copilărie. Unele dintre trăsăturile de bază ale bolii sunt deficitele în funcțiile executive și controlul inhibitor slab. Factorii etiologici cuprind: factori genetici, complicații pre și postnatale, tulburări metabolice, deficit la nivelul funcțiilor executive, nivel scăzut al catecolaminelor, factorii de mediu. ADHD-ul are multe comorbidități, dar cea mai frecventă dintre acestea este tulburarea de limbaj și comunicare (Tomblin și Mueller, 2012).

Copiii cu sindrom Down experimentează în mod curent o constelație de simptome, care includ întârzieri în dezvoltarea motorie, în dezvoltarea limbajului, deficite specifice în ceea ce privește memoria verbală, precum și deficite cognitive (Roșan, 2015). Particularitățile gândirii la copiii cu sindrom Down sunt: vâscozitatea genetică (dezvoltare caracterizată prin multiple inegalităţi şi oscilaţii evidențiate într-o evoluţie încetinită, inconsistentă şi nesigură), rigiditatea reacţiilor şi a comportamentului adaptativ, consecinţă a dereglării mobilităţii proceselor corticale de excitaţie şi inhibiţie. Alte arii ale dezvoltării limbajului și comunicării întârziate sunt: articulația, fonologia, imitația vocală, durata medie a rostirii și sintaxa expresivă (Pennington, Moon, Edgin, Stedron, & Nadel, 2003). Un aspect important este faptul că, o mare parte dintre copii cu sindromul Down dezvoltă deficienţe de auz, unilaterale sau bilaterale, ceea ce contribuie la mărirea dificultăţilor în achiziționarea limbajului (Roizen, Wolters, Nicol, & Blondis, 1993; Hick, Botting, & Conti-Ramsden, 2005).

Tulburările cognitive consecutive unui episod traumatic pot influența orice arie a limbajului (fonetică, morfologică, sintactică, semantică și pragmatică) precum și modalități de comunicare, adică exprimarea abilităților de

ascultare, de vorbire, de a utiliza limbajul nonverbal, abilitățile de citire și scriere.

Intervenția logopedică în cazul copiilor afectați de traumatisme cerebrale se concentrează pe trei aspecte:

- acțiunea directă asupra deficitelor de comunicare și remedierea lor;
- dezvoltarea/ consolidarea competențelor metacognitive;
- adaptare la noua condiție (Turkstra, Politis, & Forsyth, 2015).

Demența este considerată în ICD – 10 „un sindrom datorat îmbolnăvirii creierului, de obicei de o natură cronică sau progresivă, în care sunt perturbate multiple funcții corticale superioare, incluzând memoria, gândirea, orientarea, înțelegerea, calculul matematic, capacitatea de învățare, limbajul și judecata" (World Health Organization, 2015). O clasificare în funcție de localizarea ariei cerebrale afectate de procesele degenerative, împarte demența în următoarele subcategorii: corticală (datorată bolii Alzheimer), subcorticală (cea asociată bolii Parkinson) și mixtă (cauzată de multiple accidente vasculare). Demența poate fi progresivă sau statică, reversibilă sau ireversibilă.

Principalele direcții de terapie în cazul demenței vizează „reabilitarea cognitive, dezvoltarea abilităților de coping, menținerea unei imagini de sine pozitive" (Müler, 2013, p.619). Intervențiile logopedice în se focalizează pe următoarele direcții: training pentru partenerii de conversație (strategie indirectă), stimulare cognitivă prin terapie de grup sau terapie individuală; antrenament cognitiv, stimularea abilităților de comunicare funcțională, repetarea cuvintelor din vocabularul relevant pentru persoană și abordări de reabilitare cognitivă folosind comunicarea augmentativă și alternativă (Swan, 2018; Rogalski et all., 2015).

Referințe bibliografice

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
2. Bak, T. H. (2016). The impact of bilingualism on cognitive ageing and dementia. *Linguistic Approaches to Bilingualism*, *6*(1), 205-226.
3. Beitchman, J. H., Tuckett, M., & Batth, S. (1987). Language delay and hyperactivity in preschoolers: Evidence for a distinct subgroup of hyperactives. *Canadian Journal of Psychiatry*, *32*(8), 683–687.
4. Chan, K. M., & Fugard, A. J. (2018). Assessing speech, language and communication difficulties in children referred for ADHD: A qualitative evaluation of a UK child and adolescent mental health service. *Clinical child psychology and psychiatry, 23*(3), 442-456.
5. Damico, J. S., Müller, N., & Ball, M. J. (Eds.). (2013). *The handbook of language and speech disorders.* West Sussex: Wiley-Blackwell.
6. Ewing-Cobbs, L., & Barnes, M. (2002). Linguistic outcomes following traumatic brain injury in children. In *Seminars in Pediatric Neurology, 9*(3), 209-217. WB Saunders.
7. Geurts, H. M., & Embrechts, M. (2008). Language profiles in ASD, SLI, and ADHD. *Journal of autism and developmental disorders, 38*(10), 1931.
8. Gherghuț, A . (2013). *Sinteze de psihopedagogie specială.* Iași, România: Polirom
9. Gooch, D., Sears, C., Maydew, H., Vamvakas, G., & Norbury, C. F. (2019). Does Inattention and Hyperactivity Moderate the Relation Between Speed of Processing and Language Skills?. *Child development*.
10. Guzmán-Vélez, E., & Tranel, D. (2015). Does bilingualism contribute to cognitive reserve? Cognitive and neural perspectives. *Neuropsychology, 29*(1), 139.
11. Hanten, G., Wilde, E. A., Menefee, D. S., Li, X., Lane, S., Vasquez, C., ... & Chapman, S. B. (2008). Correlates of social problem solving during the first year after traumatic brain injury in children. *Neuropsychology, 22*(3), 357.
12. Hick, R. F., Botting, N., & Conti-Ramsden, G. (2005). Short-term memory and vocabulary development in children with Down syndrome and children with specific language impairment. *Developmental Medicine and Child Neurology, 47(*8), 532-538.

13. Kay-Raining Bird, et al. (2000). Reading and phonological awareness in children with Down syndrome: A longitudinal study. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *9*(4), 319–330.
14. Kempler, D. (1995). Language changes in dementia of the Alzheimer type. *Dementia and communication*, 98-114.
15. Lindsey, A., Hurley, E., Mozeiko, J., & Coelho, C. (2018). Follow-up on the Story Goodness Index for characterizing discourse deficits following traumatic brain injury. *American journal of speech-language pathology, 28*(1S), 330-340.
16. Martin, G. E., Klusek, J., Estigarribia, B., & Roberts, J. E. (2009). Language characteristics of individuals with Down syndrome. *Topics in language disorders, 29*(2), 112.
17. Mueller, K. L., & Tomblin, J. B. (2012). Examining the comorbidity of language disorders and ADHD. *Topics in Language Disorders, 32*(3), 228.
18. Müler, (2013). Dementia in Damico, J. S., Müller, N., & Ball, M. J. (Eds.). (2013). *The handbook of language and speech disorder*s. West Sussex: Wiley-Blackwell.
19. Norbury, C. F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., & Pickles, A. (2016). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: Evidence from a population study. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 57*(11), 1247–1257. https://doi.org/10.1111/jcpp.12573
20. Pennington, B. F., Moon, J., Edgin, J., Stedron, J., & Nadel, L. (2003). The neuropsychology of Down syndrome: evidence for hippocampal dysfunction. *Child development, 74*(1), 75-93.
21. Potkins, D., Myint, P., Bannister, C., Tadros, G., Chithramohan, R., Swann, A., ... & Margallo-Lana, M. (2003). Language impairment in dementia: impact on symptoms and care needs in residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 18*(11), 1002-1006.
22. Riedeman, S., & Turkstra, L. (2018). Knowledge, confidence, and practice patterns of speech-language pathologists working with adults with traumatic brain injury. *American journal of speech-language pathology, 27*(1), 181-191.
23. Rogalski, E., Khayum, R., McKenna, H., Wieneke, C., Corden, M. E., & Mesulam, M. M. (2015). Communication bridge: Initial observations from an internet-based speech therapy program for individuals with aphasic dementias. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association, 11*(7), P575.

24. Roizen, N. J., Wolters, C., Nicol, T., & Blondis, T. A. (1993). Hearing loss in children with Down syndrome. *The Journal of pediatrics, 123*(1), S9-S12.
25. Roșan, A. (ed.) (2015). *Psihopedagogie specială. Modele de evaluare și intervenție*. Iași, România: Polirom.
26. Swan, K., Hopper, M., Wenke, R., Jackson, C., Till, T., & Conway, E. (2018). Speech-language pathologist interventions for communication in moderate–severe dementia: A systematic review. *American Journal of Speech-Language Pathology, 27*(2), 836-852.
27. Tomblin, J. B., & Mueller, K. (2012). Foreword: Exploring the comorbidity of attentiondeficit/ hyperactivity disorder and language, speech and reading disorders. *Topics in Language Disorders*, 32, 195–197.
28. Turkstra, L. S., Politis, A. M., & Forsyth, R. (2015). Cognitive–communication disorders in children with traumatic brain injury. *Developmental Medicine & Child Neurology, 57*(3), 217-222.
29. World Health Organization (2015). *ICD-10 online, version for 2015*. Geneva: World Health Organization, accesat în 11,09.2019 la https://icd.who.int/browse10/2015/en#/F01
30. Woumans, E. V. Y., Santens, P., Sieben, A., Versijpt, J. A. N., Stevens, M., & Duyck, W. (2015). Bilingualism delays clinical manifestation of Alzheimer's disease. *Bilingualism: Language and Cognition, 18*(3), 568-574.

Întârzierea în dezvoltarea limbajului

Cuprins

6.1. Introducere *86*
6.2. Competenţe *86*
6.3. Delimitări conceptuale. Etiologie *87*
6.4.Evaluarea logopedică. *92*
6.5.Terapia logopedică. *94*

6.1. Introducere

Unitatea de învățare 6 prezintă informații despre posibilele cauze ale întârzierilor în dezvoltarea limbajului, despre diagnosticare, intervenția timpurie și programe de intervenție. De asemenea, oferă informații despre posibilele categorii de tulburări cu care poate fi confundată .

6.2. Competenţele unităţii de învăţare

După parcurgerea acestei unități, studenții vor fi capabili:

- *Să descrie factorii de risc ai întârzierii în dezvoltarea limbajului,*
- *Să identifice instrumente de evaluare adecvate,*
- *Să proiecteze o intervenție logopedică specifică acestei tulburări.*

Durata medie de parcurgere a acestei unităţi de învăţare este de 2 ore.

6.3. Delimitări conceptuale. Etiologie

Unii copii întârzie să vorbească din diferite motive. Sunt copii pentru care achiziționarea limbajului cu dificultate este o etapă firească, dar sunt și alții pentru care întârzierea în dezvoltarea limbajului poate fi un semn al existenței unor alte probleme precum dizabilități intelectuale, autism, dizabilități auditive și alte condiții medicale. Studii recente susțin că 6% din populația preșcolară este afectată de această tulburare (Wooles, Swann, & Hoskison, 2018), între 5-12% este prevalența întârzierii în dezvoltarea limbajului la copiii între 2 și 5 ani (Wallace, Berkman, Watson, Coyne-Beasley, Wood, Cullen, & Lohr, 2015) și de 3,8% la copiii de 6 ani (Shriberg, Tomblin, & McSweeny, 1999).

Când definim vorbirea facem referire la sunetul produs, iar limbajul îl definim ca o măsură a nivelului de înțelegere. Adesea, specialiștii consideră că dobândirea vorbirii inteligibile și a limbajului este un indicator important al dezvoltării generale și mai ales intelectuale a copilului (Sunderajan & Kanhere, 2019). Însă adesea se uită, prin această definire, de acei copii cu o dezvoltare tipică, dar cu o stimulare insuficientă din mediul familial, sau chiar mai mult, cu un nivel intelectual de excepție, supradotați (Camarata, 2016). Istoria prezintă figuri marcante precum Einstein sau Blaga, în spațiul românesc, care, deși au început să vorbească mai târziu decât ceilalți copii, au avut o evoluție excepțională.

Deși specialiștii recunosc legătura indisolubilă dintre dezvoltarea creierului și apariția limbajului, etiologia întârzierii vorbirii este în prezent necunoscută. În literatura de specialitate descoperim multe variabile care au fost descrise ca fiind factori posibili de risc. Sunt studii de comparație între grupuri, în funcție de mediile grupurilor sau de corelațiile obținute. Variabilele cele mai frecvent studiate sunt sexul masculin, factori asociați cu dezavantajele socioeconomice, istoricul familial de dezvoltare, frecvența otitelor medii sau alte infecții (Campbell, Dollaghan, Rockette, Paradise, Feldman, Shriberg, Sabo & Kurs-Lasky, 2003), nașterea prematură și greutatea mică la naștere (Bodea Hațegan, 2016).

Diagnosticul de întârziere în dezvoltarea limbajului este dat atunci când un copil nu atinge reperele tipice de dezvoltare la vârsta preconizată. Deorece știm deja, din unitățile anterioare, că vorbirea se achiziționează în etape, vom considera că atunci când un copil emite un cuvânt identificabil pentru a denumi o persoană sau un lucru, atunci o primă etapă de dezvoltare a vorbirii și limbajului este achiziționată. Perioada de vârstă în care acest lucru se produce variază de la 9 luni la 18 luni, fiind dependentă de nivelul de sănătate și factorii de mediu.

O altă etapă semnificativă în dezvoltarea limbajului este unirea a minim două cuvinte într-un enunț semnificativ (de ex. „Ica pa” semnificând „Bunica pleacă”). În general, în jurul vârstei de doi ani, copilul atinge acest nivel, când deja deține între 20 și 180 de cuvinte, în fondul său lexical (Camarata, 2016).

Cauzele cele mai cunoscute ale întârzierii dezvoltării limbajului (Wooles, Swann, & Hoskison, 2018, p.48) sunt:

- Psihologice:
  - Întârzieri în maturizare
  - Mediul de dezvoltare
  - Deprivare și neglijare
  - Multism selectiv
- Neurologice:
  - Autism
  - Meningită
  - Paralizie cerebrală
- Factori care predispun spre otite medii:
  - Anormalitățile craniene
  - Lovituri la cap
  - Medicamente ototoxice
- Întârzieri în dezvoltarea generală:
  - Sindroame genetice
  - Infecții datorate toxoplasmozei, rubeolei, citomegalovirus și herpes simplex
  - Prematuritate / hipoxie
  - Icter neonatal
  - Hipotiroidismul matern

Printre cauzele care contribuie la întârzierea dezvoltării limbajului, alte studiile amintesc și epilepsia, dizabilitățile auditive, sindromul X fragil (Camarata, 2016). O mare parte din copiii care la vârsta de 2-3 ani sunt diagnosticați cu întârziere în dezvoltarea limbajului, recuperează rămânerea în urmă comparativ cu covârstinii de la sine, 2 ani mai târziu. Copilul poate primi diagnosticul de întârziere în dezvoltarea limbajului până la vârsta maximă de 6-7 ani, când se schimbă încadrarea diagnostică.

Exemple

Multilingvismul, bilingvismul au fost considerate mult timp cauze ale întârzierii dezvoltării limbajului. Studii recente arată că acest fenomen poate cel mult încetini dezvoltarea limbajului dar, nu îl blochează (Achievement, 1999; McLeod, Harrison, Whiteford, & Walker, 2016).

Caracteristicile copiilor cu întârziere în dezvoltarea limbajului

Un studiu recent de revizuire a literaturii de specialitate (Hawa, & Spanoudis, 2014) enumera următoarele caracteristici:

- vocabular expresiv limitat și / sau un limbaj receptiv limitat, în condițiile în care nu sunt prezente alte deficite, precum cele cognitive, neurologice, socio-emoționale sau chiar un deficit senzorial;
- între 18 și 35 de luni, achiziționează limbajul, într-un ritm mai lent comparativ cu covârstnicii;
- băieții au de trei ori mai multe șanse de risc de a dezvolta această tulburare comparativ cu fetițele;
- copiii cu întârzierii în dezvoltarea limbajului nu diferă de copiii tipici în utilizarea gesturilor comunicative, prin urmare capacitatea de a reprezenta obiecte și evenimente în mod simbolic se dezvoltă normal;
- copiii cu întârziere a limbajului au riscuri mai mari de a dezvolta simptome de anxietate și depresie, sevraj și probleme de somn;
- prezintă un istoric familial comun și o creștere fetală suboptimală;
- o mare parte a părinților acestor copii caută frecvent să angajeze copii în conversații;
- părinții acestor copii nu verbalizează în timp ce fac un anumit lucru (utilizarea vorbirii cu voce tare ca pentru sine, mai ales în timpul jocului cu copilul poate stimula producția verbală a copilului);
- nivel ridicat al stresului la părinții acestor copii;
- educația mamei, starea socio-economică a familiei, ocupația părinților, stilul parental, problemele de sănătate mintală ale părinților (de exemplu, depresia

maternă) au un impact substanțial asupra dezvoltării acestei tulburări de limbaj și comunicare;

- unii copii cu întârziere de limbaj recuperează deficitul de limbaj 1-2 ani mai târziu decât covârsnicii, alții dezvoltă tulburări specifice de limbaj.

Camarata (2016) prezintă următoarele caracteristici:

- acești copii au și întârzieri în deprinderea folosirii toaletei;
- sunt adesea marginalizați sau nepreferați de către covârstnici, în jocurile de echipă;
- tendința de a fi încăpățânați;
- tendința de a fi perfecționiști;
- refuzul de a face ceva (ceea ce adesea duce la erori de catalogare; nu vrea să facă un lucru e confundat cu nu știe sau nu poate);
- tendința de a fi mai degrabă analitici decât verbali;
- au în familie un număr mare de persoane care cântă la un instrument muzical.

De reținut

- ✓ Diagnosticul de întârziere în dezvoltarea limbajului se stabilește doar pentru copii între 6 luni și 6/7 ani;
- ✓ Diagnosticul se stabilește prin raportare la etapele de dezvoltare tipice populației de referință;
- ✓ Diagnostigul de întârziere în dezvoltarea limbajului trebuie să evidențieze o diferență de 1-2 ani în urmă față de covârstnici;
- ✓ La stabilirea diagnosticului participă o echipă multidisciplinară, având în vedere multitudinea condițiilor de asociere;
- ✓ Întârzierea în dezvoltarea limbajului afectează mai degrabă băieții decât fetele.

Întârziere în dezvoltarea limbajului și apraxie

Mulți copii cu întârziere în dezvoltarea limbajului sunt diagnosticați greșit ca având apraxie. Apraxia este o tulburare datorată unor leziuni cerebrale care afectează abilitatea persoanei de a executa mișcări deja învățate, deși există intenția de a face mișcările necesare.

Este o tulburare destul de rar întâlnită la copii. Specialiștii consideră că refuzul de a comunica sau de a face ceea ce evaluatorul (medic sau logoped) îi cere să facă sau să spună, poate să îi ducă în eroare pe unii clinicieni și să producă astfel erori de diagnosticare.

Întârziere în dezvoltarea limbajului și autismul

Mulți dintre copii diagnosticați cu autism prezintă și întârziere în dezvoltarea limbajului. De aceea este necesar ca diagnosticul de autism să fie dat după o examinare amănunțită și completă. Tulburarea de spectru autist are debutul în copilăria mică și are următorul specific: lipsa de interes pentru oameni, întârziere în dezvoltarea limbajului sau patern bizar de vorbire, stereotipii, comportament repetitiv, interese limitate, etc.

În perioada contemporană, s-a creat cultura intervenției timpurii. În majoritatea cazurilor, aceasta este indicată dar predispune la erori în diagnosticare. Cel mai adesea, copiii mici cu întârziere în dezvoltarea limbajului sunt diagnosticați greșit ca având elemente de autism.

Întârziere în dezvoltarea limbajului și dislalia

Dislalia este o tulburare de pronunție, în care persoana afectată omite, substituie sau distorsionează sunetele. „Întârzierea în dezvoltarea limbajului cuprinde nu doar deficite din sfera expresivă, fonetico-fonologică, aceasta cuprinde deficite de natură expresivă și receptivă, cu manifestare chiar și în planul comunicării nonverbale (mișcări corporale, gesturi, mimică, etc.), deficite concretizate în perturbări ale ritmului achizițiilor lingvistice și comunicaționale” (Bodea Hațegan, 2016, p. 585).

Întârziere în dezvoltarea limbajului și disfazia

Cele două tulburări au un tablou simptomatic asemănător. Se diferențiază în funcție de cauzele etiologice. Disfazia se datorează microsechelarității cerebrale.

Întârzierea în dezvoltarea limbajului și afazia

Dacă întârzierea în dezvoltarea limbajului presupune un ritm mai lent de achiziționare a limbajului, afazia presupune perturbarea capacității de utilizare a regulilor prin care se produc și se înțeleg mesajele verbale, dezvoltare dezorganizată a limbajului. Factorii etiologici cuprind leziunile cerebrale în cazul afaziei, iar severitatea manifestărilor tulburării este mai mare în cazul afaziei.

Exemple

Lucian Blaga povestește în proza autobiografică (”Hronicul şi cântecul vârstelor”) cum a rostit primele cuvinte la vârsta de patru ani. Tabloul descris de autor este semnificativ pentru un copil cu întârziere în dezvoltarea limbajului și un nivel ridicat de dezvoltare a intelectului.

6.4. Evaluare logopedică

Există specialiști care susțin că, încă de la naștere, putem descoperi copii care pot dezvolta tulburări de limbaj și comunicare, prin urmare și întârzierea în dezvoltarea vorbirii și limbajului. Printre primele probe de evaluare care se amintesc în tratatele de logopedie este scorul APGAR, pe care nu îl aplică logopedul, ci medicul neonatolog.

Scala „C. Păunescu" pentru depistarea nivelului de dezvoltare al limbajului este considerată de referință în stabilirea diagnosticului de întârziere în apariţia şi dezvoltarea limbajului. Scala vizează manifestările comportamentului verbal al copilului cu vârste cuprinse între 0 şi 3 ani. Însă se ridică problema nivelului de actualitate a scalei.

Exemple – itemi din *Scala „C . Păunescu " pentru depistarea nivelului de dezvoltare a limbajului* între 0 şi 3 ani.

0-3 luni

1) reacţii motorii generalizate la zgomote puternice	0,5
2) ţipete diferenţiate după necesităţi	1
3) manifestări vocale/sunete guturale	1
4) producerea unor scurte manifestări vocale	1 - 2
5) răspuns prin reacţie generalizată la vocea umană	1 -1,5
6) vocalize: ah, ub, ab, eh	1- 1,5
7) vocalize diverse	1-2,5
8) vocalizări în poziţia culcat	2
9) vocalizări diferenţiate afectiv	2
10) vocalizări în joc sonor/melodie	2
11) ascultarea spontană a vocii umane	2
12) reacţie de înviorare la vocea umană	2

13) gângurit în starea de bine	3- 4
14) gângurit în joc sonor	3-4
15) silabe cu sunete uşor articulate	2- 3
16) vocale şi consoane labiale	2-3
17) gângureşte la o relaţie interpersonală	3-4

Scala integrală de dezvoltare a fost tradusă și adaptată în 2012, de echipa coordonată de Anca și Bodea Hațegan (2016). Această scală urmărește evoluția copilului pe șase direcții de dezvoltare: auditiv, limbaj receptiv și expresiv, vorbire, cogniție și comunicare socială.

Scala Portage evaluează nivelul de dezvoltare al copiilor cu vârste cuprinse între 0 și 6 ani, pe următoarele direcții: limbaj, socializare, cognitiv, motor, autoservire. Este utilizată frecvent în practica logopedică. De asemenea, sunt utile probele logopedice care evaluează preachizițiile limbajului (abilitățile de procesare a informației, procesări fonologice, schema corporală, orientare spațio-temporală, motricitatea grosieră și fină, lateralitate, etc.).

Testul de vocabular în imagini este aplicabil copiilor între 3 şi 9 ani şi evaluează caracteristicile limbajului receptiv. Este indicat pentru copiii care prezintă risc de întârziere în dezvoltarea limbajului, deficiențe neuro-motorii și dizabilități intelectuale. Prezintă 2 scale cu imagini. Prima scală se aplică anterior terapiei logopedice şi este compusă din 103 imagini reprezentând 80 substantive, 19 verbe şi 4 adjective, iar a doua scală se aplică după terapie şi are 78 substantive, 19 verbe şi 6 adjective.

Testul T.A.C.L-R este de asemenea un test de inteligenţă verbală care testează abilităţile de limbaj receptiv. Conține trei secțiuni, a câte 40 itemi – imagini fiecare (total 120) şi este aplicabil copiilor cu vârste cuprinse între 3 - 10 ani.

Testul de înţelegere a limbajului Wheldall este construit pentru segmentul de vârstă de 3 - 5 ani. Conține 60 de itemi, grupaţi în 15 subteste a câte 4 itemi fiecare. Sarcina pe care copilul o are de îndeplinit este de a identifica imaginea corespunzătoare răspunsului corect, adecvat formulării date de examinator. Pe planșa de răspuns există 4 imagini, 3 fiind distractori. Testul se focalizează pe investigarea categoriei morfo-sintactică tulburată.

Proba pentru cunoașterea vârstei psihologice a limbajului concepută de Alice Descoeudres este alcătuită din 7 probe şi dă posibilitatea evidențierii unei întârzieri în dezvoltarea limbajului în raport cu specificul de dezvoltare tipic vârstei cronologice. Poate fi utilizată pentru copii cu vârste cuprinse între 3 și 7 ani. Conține 7 subteste: Contrarii (cu obiecte contrete și imagini), Lacune, Cifre, Materii, Contrarii, Culori și Verbe.

„Derbyshire Language Scheme" (Knowles, Masidlover, 1982) este o probă ce a fost tradusă și adaptată în limba română, cunoscută fiind sub denumirea de Proba de evaluare a progresului în învățarea limbajului. Proba evaluează grade sensibile de dezvoltare a limbajului. Astfel pornește evaluarea de la stadiul vocabularului timpuriu (primul cuvânt), continuă cu etapa formării propozițiilor simple de 2 până la 4 cuvinte, evaluând apoi etapa de dezvoltare a limbajului în care copilul folosește propoziții complexe.

6.6.Terapia logopedică

În funcție de factorii etiologici care contribuie la întârzierea dezvoltării limbajului, intervențiile logopedice includ programe și tehnici diferite. Principalele repere în funcție de care pregătim designul terapiei logopedice sunt: vârsta cronologică a logopatului, nivel de dezvoltare a limbajului, tipologia factorilor de mediu care mențin tulburarea (slaba stimulare, lipsa socializării, lipsa frecventării creșei sau grădiniței, neglijență din partea aparținătorilor, abuz), gravitatea simptomelor și a comorbidității.

Printre tehnicile cele mai cunoscute se regăsesc: masajul orofacial, metode logopedice, metode psiholingvistice specifice, tehnici de psihoterapie, terapie cognitiv comportamentală, terapie prin joc. Masajele sunt utile pentru întărirea musculaturii la nivel facial, îmbunătățirea gradului de coordonare a mușchilor faciali și a celor din cavitatea bucală, îmbunătățirea deglutiției, conștientizarea pozițiilor și mișcărilor organelor care participă la actul vorbirii. În afara masajului tipic, adesea logopezii folosesc periuța de dinți electrică pentru stimularea limbii sau a altor dispozitive care vibrează.

Metodele logopedice utilizate într-un program terapeutic sunt de stimulare auditiv – verbală prin detecția, recunoașterea și diferențierea sunetelor, înțelegerea sunetelor, a cuvintelor și structurilor lingvistice mai complexe; exerciții pentru consolidarea sunetelor achiziționate, mărirea fondului lexical expresiv și receptiv, tehnica hărților semantice, tehnica cuvintelor scrise. După ce nivelul vocabularului atinge minim 50 de cuvinte, se pot parcurge exerciții de însușire a regulilor gramaticale.

Exemple

Preachizițiile limbajului fac posibilă apariția limbajului oral. Demersul terapeutic presupune abordarea acestora pentru a facilita dezvoltarea limbajului. Acestea sunt „abilități de procesare a informației, abilități de focalizare a

atenției, abilități mnezice, schema corporală, orientare spațio-temporală, lateralitate, secvențialitate, procesări auditive, procesări fonologice, structuri senzorioperceptive (formă, culoare, mărime), ritm, motricitate fină și grosieră, respirație" (Bodea Hațegan, 2016, p. 596).

Să ne reamintim.....

Când definim vorbirea facem referire la sunetul produs, iar limbajul îl definim ca o măsură a nivelului de înțelegere.

Diagnosticul de întârziere în dezvoltarea limbajului este dat atunci când un copil nu atinge reperele tipice de dezvoltare la vârsta preconizată. Cauzele cele mai cunoscute ale întârzierii dezvoltării limbajului (Wooles, Swann, & Hoskison, 2018, p.48) sunt: psihologice, neurologice, factori care predispun spre otite medii, întârzieri în dezvoltarea generală.

Mulți copii cu întârziere în dezvoltarea limbajului sunt diagnosticați greșit ca având apraxie. O parte din copiii diagnosticați cu autism prezintă și întârziere în dezvoltarea limbajului. De aceea este necesar ca diagnosticul de autism să fie dat după o examinare amănunțită și completă.

Există specialiști care susțin că încă de la naștere putem descoperi copii care pot dezvolta tulburări de limbaj și comunicare, prin urmare și întârzierea în dezvoltarea vorbirii și limbajului. Printre primele probe de evaluare care se amintesc în tratatele de logopedie este scorul APGAR, pe care nu îl aplică logopedul, ci medicul neonatolog.

Cele mai importante probe de evaluare: Scala „C. Păunescu", Scala integrată de dezvoltare, Scala Portage, Testul de vocabular in imagini, Testul T.A.C.L-R, Testul de înţelegere a limbajului Wheldall, Proba pentru cunoașterea vârstei psihologice a limbajului concepută de Alice Descoeudres, Proba de evaluare a progresului în învățarea limbajului)

Test de evaluare a cunoștințelor

1. Analizați diferențele și asemănările dintre următoarele tulburări: întârzierea în dezvoltarea limbajului și sindromul de nedezvoltare a limbajului.
2. Construiți un demers de evaluare și intervenție pentru un caz de mutism selectiv.

Referințe bibliografice

1. Achievement, A. (1999). Evaluation and management of the child with speech delay. *Am Fam Physician*, 59(11), 3121-3128.
2. Bodea Haţegan, C. (2016). *Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise.* București, România: Editura Trei.
3. Camarata, S. M. (2016). *Întârzierile de vorbire la copii: un symptom sau o etapă*. București: Editura Trei.
4. Campbell, T. F., Dollaghan, C. A., Rockette, H. E., Paradise, J. L., Feldman, H. M., Shriberg, L. D., ... & Kurs-Lasky, M. (2003). Risk factors for speech delay of unknown origin in 3-year-old children. *Child development*, 74(2), 346-357.
5. Knowles, W., & Masidlover, M. (1982). 1982: Derbyshire Language Scheme. Derbyshire County Council.
6. Hawa, V. V., & Spanoudis, G. (2014). Toddlers with delayed expressive language: An overview of the characteristics, risk factors and language outcomes. *Research in developmental disabilitie*s, 35(2), 400-407.
7. McLeod, S., Harrison, L. J., Whiteford, C., & Walker, S. (2016). Multilingualism and speech-language competence in early childhood: Impact on academic and social-emotional outcomes at school. *Early Childhood Research Quarterly*, 34, 53-66.
8. Shriberg, L. D., Tomblin, J. B., & McSweeny, J. L. (1999). Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment. *Journal of speech, language, and hearing research*, 42(6), 1461-1481.

9. Sunderajan, T., & Kanhere, S. V. (2019). Speech and language delay in children: Prevalence and risk factors. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(5), 1642.
10. Wallace, I. F., Berkman, N. D., Watson, L. R., Coyne-Beasley, T., Wood, C. T., Cullen, K., & Lohr, K. N. (2015). Screening for speech and language delay in children 5 years old and younger: a systematic review. *Pediatrics*, 136(2), e448-e462.
11. Wooles, N., Swann, J., & Hoskison, E. (2018). Speech and language delay in children: a case to learn from. *Br J Gen Pract*, 68(666), 47-48.

Dizartria

Cuprins

7.1. Introducere 98
7.2. Competenţe 98
7.3. Delimitări conceptuale. Etiologie 99
7.4. Clasificarea tulburărilor dizartrice 101
7.5. Terapia logopedică 108

7.1. Introducere

Unitatea de învățare U 7 permite o incursiune în sfera tuburărilor dizartrice. Dizartria face parte din categoria tulburărilor fonoarticulatorii și se datorează afectării unuia dintre aparatele cerebrale. Informațiile prezentate în această unitate permite descrierea tipurilor tulburărilor dizartrice. Intervenția terapeutică în dizartrie se concentrează pe restabilirea funcțiilor deteriorate, pe implementarea unor strategii compensatorii sau, în cazul unei evoluții severe a tulburării, pe evaluarea și dezvoltarea unui sistem de comunicare augmentativ / alternativ.

7.2. Competenţele unităţii de învăţare

După parcurgerea acestei unități, studenții vor fi capabili:

- *Să descrie tipurile tulburărilor dizartrice,*
- *Să exemplifice tehnicile de examinare,*
- *Să selecteze instrumentele de intervenție în funcție de forma de tulburare.*

Durata medie de parcurgere a acestei unităţi de învăţare este de 2 ore.

7.3. Delimitări conceptuale. Etiologie

Cuvântul „dizartrie” provine din latina nouă și este format din prefixul „dis” însemnând „greu, anormal” și grecescul „**árthr(on**)” care semnifică „articulare”. Dizartria este un nume colectiv pentru tulburări ale controlului motor / muscular al organelor implicate în pronunție rezultate din „disfuncții structurale la nivel supralaringian (maxilare, buze, limbă, văl palatin, faringe), laringean și sublaringian (trahee, plămâni, diafragmă)” (Skodda, 2010, p.1), datorate afectării sistemului nervos central sau periferic (Duffy, 2013).

Dizartria este cuprinsă în categoria tulburărilor fonoarticulatorii, împreună cu dislalia și se datorează afectării unuia dintre aparatele cerebrale (piramidal, extrapiramidal și cerebelos), fiind alterată vorbirea rostită, „și anume latura ei instrumentală, la un nivel intermediar, între organul periferic de execuție și centrul cortical de elaborare și comandă” (Păunescu, Toncescu, Soreescu, Neagu, 1976, p. 257). Tulburările neuro-fizio-patologice de control și execuție se datorează funcționării deficitare senzorio-motorii „care includ adesea slăbiciune, spasme, lipsă de coordonare, mișcări involuntare sau în exces, ton muscular redus sau variabil” (Duffy, 2013, p. 4).

Lucrările de specialitate recente evidențiază necesitatea diferențierii specificului dizartriei încă din momentul definirii acesteia, pentru a se delimita aria de cuprindere a dizartriei de alte tulburări de vorbire cu origini neurologice precum: afazia și apraxia sau alte tulburări de voce datorate intervențiilor chirurgicale (laringectomie), fracturilor, înaintării în vârstă, pierderii dinților, factorilor psihogeni, non-organici. Pentru o mai bună înțelegere a ariei de delimitare a tulburării, reamintim în cele ce urmează, categoriile principale de care se diferențiază.

Afazia cuprinde tulburările la nivel cognitiv-lingvistic, de procesare fonologică a limbajului, de utilizare, exprimare și înțelegere a limbajului oral, scris sau al semnelor.

Apraxia vorbirii este definită ca fiind „o tulburare fonetică - motorie de vorbire cauzată de ineficiențe în traducerea unui cadru fonologic bine formulat, în parametri cinematici învățați anterior, asamblați pentru efectuarea mișcării intenționate, rezultând în distorsiuni segmentare și prozodice intra și interarticulatoare temporale și spațiale” (McNeil, Robin & Schmidt, 1997, p. 329).

Prevalență

Incidența dizartriei la pacienții care au suferit un accident vascular cerebral ischemic este estimată în studii recente, ca variind între 25% (Lubart și colab., 2005) la 58% (Vidovic, Sinanovic, Sabaskic, Haticic, & Brkic, 2011). Cercetările recente arată că dificultățile de comunicare asociate cu dizartria apărută în urma unui accident vascular cerebral, determină modificări în percepția de sine, tulburări socio- emoționale și stigmatizare (Stipancic, Borders, Brates, & Thibeault, 2019). Studii recente raportează o incidență a dizartriei de până la 89% la persoanele afectate de boala Parkinson (Dashtipour, Tafreshi, Lee, & Crawley, 2018).

În ceea ce privește estimarea prevalenței dizartriei la copii, literatura de specialitate remarcă sărăcia unor studii de gen (Shriberg, Strand, Jakielski, & Mabie, 2019). Lipsa unui consens internațional cu privire la modalitățile de evaluare, la criteriile de clasificare și delimitare de celelalte tulburări neuro-motorii utilizate pentru identificarea dizartriei îngreunează realizarea studiilor epidemiologie privind prevalența dizartriei la copii. Prevalența estimată a dizartriei la copii, la care adesea se face referire, este de 1 la 1000 (Shriberg, Kwiatkowski, & Mabie, 2019).

Etiologie

Cauzele și factorii care influențează apariția dizartriei stabilesc și evoluția acesteia. Factori care influențează apariția dizartriei pot acționa fie înainte de naștere (prenatali), în timpul nașterii (perinatali), factorii care acționează în perioada copilăriei mici, 3-4 ani (postnatală) sau după naștere, oricând de-a lungul vieții.

Dintre cei mai amintiți factori prenatali sunt adesea amintiți: incompatibilitățile de RH, boli de care suferă mama fătului (de ex. diabet), expunerea la substanțe nocive, consum de anumite medicamente sau substanțe psihotrope. Factorii perinatali care influențează apariția dizartriei pot fi: traumatismele din timpul sarcinii, infarctul fătului în timpul nașterii. Bolile de dezvoltare neuronală precum: Sindromul Williams, achondroplazia, disautonomia familială, sindromul Marfan, sindromul Prader-Willi, boala Tay-Sachs, boala Werdnig-Hoffmann, distrofia musculară, distrofia musculară Duchenne, atrofia musculară spinală și câteodată autismul sunt considerate în literatura de specialitate ca fiind unele dintre cauzele apariției dizartriei (Prelock, & Hutchins, 2018).

Dizartria cauzată de atacuri cerebrale la vârstă adultă prezintă mai multe șanse de recuperare comparativ cu tipul dizartriei progresive care apar frecvent în tulburările neurodegenerative și cele neuromusculare (de ex. Parkinson, scleroza laterală amiotrofică).

7.4. Clasificarea tulburărilor dizartrice

Legăturile existente între localizarea leziunii și forma de manifestare a dizartriei au fost evidențiate prima data, în 1969. Darley, Aronson, & Brown, au fost cei care au diferențiat tipurile de dizartrie, iar clasificarea făcută de aceștia o utilizăm și astăzi. Tipurile de dizartrie au fost denumite în funcție de principalele caracteristici ale vorbirii (articulare, rezonanță, fonație, respirație și prozodie). Acestea sunt: dizartrie spastică, flască, ataxică, hiper, hipo-kinetică și mixtă (Darley, Aronson, & Brown, 1969).

Cercetătorii olandezi au redenumit mai târziu aceste subcategorii. Astfel „dizartria spastică" devenea „pseudobulbară", „dizartria flască" era redenumită ca „dizartria bulbară", „dizartria ataxică" devenea „cerebrală", iar „dizartriile hipo și hiperkinetice" sunt redenumite ca „extrapiramidale". Studiile ulterioare au criticat această redenumire, deși se utilizează încă și în zilele noastre, deoarece nu întotdeauna aria anatomică indicată prin denumire este responsabilă de tabloul clinic comportamental, iar „dizartriile hipo și hiperkinetice" sunt tipuri distincte de dizartrie, prin urmare nu pot fi asimilate aceleiași subcategorii.

Tabelul 7.4.1. Tipuri de dizartrie și cauzele acesteia (după Knuijt, 2018, p. 11)

Tip de dizartrie	***Boală***	***Localizare***
Neuronul motor superior		**Centri neuronali**
Spastică	Infarct, Traumă cerebrală, meningită, encefalită	Afectare unilaterală
		Afectare bilaterală
		Neurodegenerativă centrală
Hipokinetică	Parkinson	Extrapiramidal
Hiperkinetică	Huntington	
Ataxică	Ataxia spinocerebelară sau ataxie cerebeloasă autosomală dominantă	Cerebeloasă
Mixtă	Paralizie supranucleară progresivă, atrofie sistemică multiplă, scleroză multiplă, scleroza amiotrofică laterală	Localizări multiple
		Neuromuscular periferică
Flască	Atrofie musculară spinală	Neuron motor periferic
	Guillain-Barré, paralizie facială periferică, pareză	Nerv periferic

	hipoglosală	
	Miastenia gravis, sindromul miastenic Lambert-Eaton	Placă motorie / joncțiune neuromusculară
	Distrofie musculară facioscapulohumerală, distrofie miotonică, distrofie musculară Duchenne, polimiozită, miopatie mitocondrială	Muscular

Mai târziu, Duffy introduce un nou criteriu de diferențiere și anume efectele unilaterale și bilaterale ale neuronilor motori superiori asupra vorbirii (Duffy, 2013). O prezentare succintă a legăturii dintre tipurile de dizartrie și localizarea leziunilor o puteți vizualiza în Tabelul 7.4.1. Tipuri de dizartrie și cauzele acesteia (după Knuijt, 2018, p. 11).

Dizartria în copilărie

Manifestările acestei tulburări cuprind simptome precum: deficite de respirație, fonație, articulație, rezonanță și prozodie. Tabloul comportamental în acest tip de dizartrie cuprinde imprecizie articulatorie (distorsiuni) și omisiuni ale sunetelor în vorbire, vorbire neclară, voce ștearsă sau vorbește foarte tare, dificultăți de reglare a tonului vocii, dificultăți în folosirea adecvată a tiparelor de intonație care dau un anumit sens discursului, capacitatea respiratorie inadecvată sau superficială care poate determina un ritm de vorbire lent sau neregulat și oboseală rapidă a copilului, o oarecare combinație de voce răgușită cu cea hipernazalizată. Manifestările comportamentale pot varia de la un ton al vorbirii scăzut și o ușoară imprecizie articulatorie până la imposibilitatea de a produce cuvinte inteligibile.

Comparativ cu dizartria dobândită la vârstă adultă, copiii dizartrici pot prezenta și apraxie și, uneori, deficiențe cognitive (Hustad, Gorton, & Lee, 2010; Levy, 2014). Cauzele cele mai frecvente sunt congenitale (paralizia cerebrală și infirmitatea motorie cerebrală, cunoscute și sub numele de encefalopatie infantilă craniană) și etiologie dobândită (tumori cerebrale, leziuni cerebrale în urma loviturilor la cap) (Năstasă, 2011; Parker, Kelly, Miller, & Pennington, 2016). Aproximativ 20% dintre copiii cu paralizie cerebrală dezvoltă dizartrie (Nordberg, Carlsson, & Lohmander, 2011).

Datorită puternicii dependențe de localizarea tulburării cauzale (formațiunile nervoase afectate), formele dizartriei sunt diferite și păstrează în denumire aria afectată. Trei tipuri de

dizartrie sunt asociate cu leziuni în structurile subcorticale: cea ataxică, cea hiper și hipokinetică.

Dizartria flască

Acest tip de dizartrie se manifestă prin slăbiciune generalizară, reflexe diminuate, hipotonie. Poate afecta unele sau toate subcomponentele sistemului de vorbire. Factorii etiologici includ: boli congenitale, infecțioase (poliomelita, herpes zoster sau sindromul Ramsay - Hunt), degenerative (boala Kennedy, atrofie musculară spinală), metabolice, accidente și tulburări vasculare (sindromul medular lateral Wallenberg), traumatisme chirurgicale sau nechirurgicale, tumori, demielinizări (sindromul Guillain-Barre) și altele.

În funcție de nervul cranian sau spinal lezat, tabloul afectării aparatului fono-articulator e diferit (Duffy, 2013, p. 103). Afectarea nervului cranian V determină afectarea articulării bilaterale (bilabiale, labiodentale, vocale, etc.), iar ritmul vorbirii este lent. Afectarea nervului cranian VII produce afectarea articularii unilaterale (deformarea medie a bilabialelor, labiodentalelor, fricativelor și africatelor) și bilaterale (distorsiunea severă sau incapacitatea pronunțării bilabialelor, labiodentalelor, fricativelor și africatelor), ritmul vorbirii fiind lent. Afectarea nervului cranian X produce schimbări în toate sub-sistemele. Astfel, la nivel respirator – fonator obsevăm prezența murmurului, utilizarea frazelor scurte, volum scăzut și înălțime redusă dacă afectarea e unilaterală, dacă e bilaterală observăm afonia sau faptul că pronunță sunetele în timpul inspirației. De asemenea, se observă nazalizarea sunetelor (ușoară dacă afectarea e unilaterală, puternică dacă e bilaterală), tensiune în articularea consoanelor și utilizarea frazelor scurte.

Dacă este afectat nervul XII, observăm ușoara distorsionare a consoanelor (afectare unilaterală) până la distorsionarea puternică a acestora (bilaterală), ritm lent în vorbire. Dacă nervul spinal respirator este afectat, observăm o voce tensionată, cu un volum redus, înălțime redusă și utilizarea frazelor scurte.

Dizartria spastică

Acestă tulburare se mai numește și pseudobulbară. Se datorează afectării bilaterale a activării directe (piramidal) și/ sau indirecte (extrapiramidal) a căilor sistemului nervos central. Afectarea acestor căi duce la pierderea sau degradarea controlului musculaturii fine, reducerea tonusului muscular, reflexe încetinite, slăbiciune. Factorii etiologici sunt: tulburările vasculare (accident vascular în artera carotidă internă, arterele cerebrale posterioare și mediene, infarct lacunar al arterelor care duc la ganglionii bazali, talamus,

trunchi cerebral, materia albă cerebrală, boala Binswanger, adică encefalopatie arteriosclerotică subcorticală sau demență vasculară, arteriopatie autosomală dominantă cerebrală), metabolice, bolile degenerative (scleroză laterală primară sau paralizie pseudobulbară progresivă), congenitale (paralizie cerebrală, paralizie suprabulbară congenitală sau sindromul Worster-Drought) și cele inflamatorii (leucoencefalita).

Persoanele afectate au mișcări lente, spasme, tremur muscular, oboseală, tulburări de înghițire și mestecare, vorbire lentă, înceată, cu efort, nazalizarea vocii, volum scăzut de inteligibilitate a vorbirii, ritm monoton în vorbire, pauze lungi în vorbire, propoziții scurte, hipernazalizare, dificultăți de respirație, capacitate pulmonară redusă. Datorită faptului că se datorează afectării paternurilor de mișcare, această tulburare afectează toate sub-componentele vorbirii, dar nu în mod egal. S-au observat prezența reflexului Babinski (Duffy, 2013), manifestări emoționale necontrolabile la unele persoane (Bodea-Hațegan, 2016). De asemenea, dizartria spastică se asociază într-o mare măsură (94%) cu disfagia, cei afectați neputându-se hrăni oral (Duffy, 2013, p. 130).

Aplicaţia 1

Descrieți reflexul Babinski. Descoperiți cauzele prezenței reflexului la adulți. Ce implicații considerați că are această decoperire?

Exemplu:

Reflexul Babinski a fost prezentat de Joseph Jules François Félix Babinski în 1896, Societății Franceze de Biologie.

Reflexul Babinski este normal la copii, până la vârsta de 2 ani. După această vârstă, indică prezența unei leziuni a căilor nervoase ce leagă măduva spinală de creierul. Acesta poate fi temporar sau permanent, unilateral sau bilateral.

Dizartria ataxică

Este greu de diferențiat de cea hipokinetică. Se datorează afectării circuitelor de control cerebral, a emisferei cerebrale, ariile paravermis și vermis, în zona medială, cortico-nucleară a cerebelului. Uneori apariția acestei tulburări este unicul sau printre primele simptome ale unei leziuni cerebrale.

Etiologia acestei tulburări cuprinde: bolile degenerative, vasculare, demielinizări, tumori, traumatisme, leziuni cerebrale nedeterminate, boli autoimone, tulburările pervazive de dezvoltare. Persoanele care suferă de această tulburare întâmpină probleme mari de coordonare a mișcărilor, își pierd deseori echilibrul, având un mers necoordonat și adesea mișcări atipice ale globilor oculari.

Dizartria ataxică se caracterizează prin pauze neregulate de articulare, aspect prin care se diferențiază cea hipokinetică. Tabloul comportamental include distorsionarea sau omiterea consoanelor datorită dificultăților de coordonare, vocale distorsionate, rezonanță și fonație variabile; lipsa de coordonare a respirației cu vocea, exces prozodic, variații în sonoritate, ritm lent. Vorbirea este neclară, prezintă adesea tiparul vorbirii persoanei sub influența alcoolului, poticneli în vorbire. Prezintă tulburări de coordonare, control deficitar al paternurilor de mișcare și capacitate vitală limitată.

Este mai degrabă o tulburare de articulare și prozodie. Au dificultăți de controlare a aerului respirat, având capacitate limitată de a pronunța sunetele sincronizat cu expirația, mișcări neașteptate în cutia toracală și abdomen, în timpul vorbirii, mișcări neregulate ale pieptului în timpul pronunției vocalelor și repetării silabelor, tendința de a inița vorbirea la un nivel mai scăzut decât volumul normal al plămânilor (Duffy, 2013, p. 154).

Dizartria hipokinetică:

"Dizartria hipokinetică este o tulburare de vorbire motorie specifică, asociată cu patologia circuitului de control al ganglionilor bazali" (Duffy, 1995, p. 166). Sunt afectate toate aspectele participante în vorbire: articulația, fonația, respirația și rezonanța. Vocea, nivelurile articulatorii și prozodice sunt aspectele cel mai vizibil afectate. De asemenea sunt însoțite de o încetinirea mișcărilor, rigiditate musculară, pierderea automatismelor mișcărilor, deficiențe de reflexe posturale, mișcări repetitive ale mușchilor implicați în producerea vorbirii și tremur intens. Disfuncțiile la nivelul ganglionilor bazali și dizartria hipokinetică sunt datorate unui nivel scăzut de dopamină, care provoacă un dezechilibru în rândul neurotransmițătorilor.

Acest tip de dizartrie apare la pacienții care suferă de Parkinson. Parkinson este o boala neurologică, degenerativă, progresivă datorată pierderii neuronilor care produc dopamina. Dopamina acționează ca un intermediar între substantia nigra și striatum, zone cerebrale cu rol însemnat în controlul mișcărilor. Adesea, persoanele afectate de această maladie nu pot iniția o contracție musculară necesară producerii unor sunete din cauza oscilațiilor din tremur. Rigiditatea musculaturii cutiei toracale nu permite realizarea unei respirații adecvate, rezultând o capacitate pulmonară redusă și o coordonare limitată a diafragmei și abdomenului în timpul respirației (Murdoch, and Whelan, 2009).

Tabloul comportamental al dizartriei hipokinetice cuprinde și: tăceri nepotrivite, utilizarea ineficientă a respirației ca suport în vorbire, ritm variat de vorbire, vorbire accelerată uneori, reducerea timpului de fonație, capacitate vitală redusă. Disfunțiile laringiene tipice în Parkinson determină afectări ale glotei, tulburări ale calității vocii persoanei afectate, tonalitatea și amplitudinea acesteia, voce răgușită, aspră.

Fucționarea velofaringiană este afectată la unii indivizi, rezultând tulburări de rezonanță, hipernazalizare. Cercetările arată că 49% dintre persoanele afectate de acest tip de dizartrie dezvoltă și hipofonie (De Keyser, et all., 2016; Matheron, Stathopoulos, Huber, & Sussman, 2017). Funcționarea articulatorie este afectată, observându-se înlocuirea atât a vocalelor cât și a consoanelor, datorate închiderii parțiale a tractului vocal pentru pronunția fricativelor și a sunetelor surde.

Dizartria hiperkinetică

Acestă dizartrie se consideră a fi un termen colectiv pentru un grup divers de tulburări de vorbire datorate mișcărilor involuntare anormale care afectează ritmul și fluența activităților motorii, inclusiv cele destinate producerii vorbirii. Mișcările la care facem referire sunt la nivelul membrelor, trunchiului, gâtului, feței, limbii, putând fi neregulate sau ritmice, rapide sau lente. Toate aspectele legate de articulare, rezonanță, fonație, respirație, prozodie sunt afectate. Dizartria hiperkinetică este specifică bolii Huntington (grimase faciale), este asociată cu coreea Sydenham.

Tulburările hiperkinetice pot fi de două tipuri: hiperkinezie rapidă și înceată. Dischineziile care însoțesc dizartia hiperkinetică rapidă sunt:

- Mioclonii (mișcări involuntare, ale unor grupe musculare);
- Ticuri (mișcări repetitive, compulsive care scapă controlului voluntar, boala Tourette, grimase faciale);

- Coree (mișcări rapide, repetitive, involuntare, care apar indiferent de postură, afectând trunchiul, membrele, diafragma, fața, limba).

Dischineziile care însoțesc dizartia hiperkinetică lentă sunt:

- Atetoza (mișcări lente ale unor părți corporale, ai feței, gâtului și limbii sunt implicate, dificultăți de vorbire și înghițire);
- Distonia (postură anormală datorată contracției involuntare a unor grupe musculare, producând posturi bizare ale membrelor sau altor părți ale corpului);
- Dischinezia (musculatura bulbară și musculatura lingual-facială-bucală, mișcări lente, repetitive de extindere, răsucire și flexare însoțite de tremur);
- Balismul (tulburare rară hiperchinetică caracterizată prin mișcări ale membrelor ample, viguroase, afectând și mușchi faciali).

Să ne reamintim…

Dizartria flască:

Articularea imprecisă a consoanelor; Rezonanță hipernazalizată; Fonație: sonoritate redusă, registru vocal hipotonic; Respirație superficială, scurtă; Prozodie: sonoritate și tonalitate monotonă, fluența și intonații afectate.

Dizartria spastică:

Articulare: tensionată; Rezonanță: hiper sau hiponazalizată; Fonație: utilizarea vocală hipertonică, calitatea vocală încordată-strangulată; Respirație: scurte, superficiale, Prozodie: sonoritate și tonalitate monotonă, ritm lent.

Dizartria ataxică:

Articulare: consoane distorsionate sau omise datorită dificultăților de coordonare, vocale distorsionate; Rezonanță și fonație variabile; Respirație: lipsa de coordonare a respirației cu vocea; Prozodie: variații în sonoritate, ritm lent.

Dizartria hipokinetică:

Articularea deficitară a consoanelor datorită mișcărilor mici de articulare; Rezonanță normală; Fonație: voce hipertonică, ton ridicat datorită rigidității corzilor vocale; Respirație superficială; Prozodie: ritm variabil, sonoritate și tonalitate monotonă.

Dizartria hiperkinetică:

Articulare: întreruperi de articulare neregulate, imprecizii în pronunția consoanelor, distorsiunea vocalelor; Rezonanță hipernazalizată; Fonație: voce hipertonică, pierderi de voce, calitatea vocală încordată-strangulată; Respirație în sacadată; Prozodie: variații excesive de sonoritate, inspirații sonore, secvențe de vorbire accelerată, tăcere neadecvată. Adaptare după Knuijt, S. (2018).

7.5. Terapia logopedică

Intervenția terapeutică în dizartrie se concentrează pe restabilirea funcțiilor deteriorate, pe implementarea unor strategii compensatorii sau, în cazul unei evoluții severe a tulburării, pe evaluarea și dezvoltarea unui sistem de comunicare augmentativ / alternativ. Principalele sectoare asupra căreia se va concentra terapia sunt: reeducarea respirației, fonație (intervenție medicamentoasă, protezică și comportamentală), rezonanță, articulare, ritm, prozodie.

Foarte important pentru a ne asigura de cooperarea logopatului este educația legată de tulburare pentru a ajuta la înțelegerearea deficitului și a planului/schemei de tratament. Obiectivele terapeutice includ îmbunătățirea nivelului de conștientizare a rutinelor de vorbire, a posturii, a tiparelor de respirație, a ritmului vorbirii și prozodiei. Feedback-ul este esențial pentru a învăța noile tipare comportamentale, pentru a conștientiza schimbările care au loc, creșterea nivelului de independență și crearea automatismelor noi (Henderson, Jensen, Drucker & Lutz, 2019).

Studii recente arată că focalizarea în intervențiile logopedice, pe principiile de învățare motorie pot fi asociate cu creșterile nivelului de inteligibilitate a vorbirii, calității vocii și clarității (Pennington, Parker, Kelly, & Miller, 2016), în cazul dizartriei nonprogresive, preocupare intensă pentru vorbirea clară în comunicarea semnificativă pentru subiect (Park, Theodoros, Finch, & Cardell, 2016). De asemenea, acordarea de tratament logopedic intensiv, la domiciliul clientului are efect benefic asupra creșterii nivelului de inteligibilitate și naturalețe a vorbirii (Vogel, et all., 2019).

Recuperarea funcțiilor motorii se face prin prin exerciții, elemente de kinetoterapie. Intervenția specializată a unui kinetoterapeut este absolut necesară. De asemenea, logopedul va propune obiective de susținere a redobândirii controlului muscular atât al musculaturii grosiere, cât și cea fină, a musculaturii implicate în actul fonator, a coordonării musculare a diferitelor părți ale corpului (ochii, auz, mâini, picioare, etc.), exerciții de gimnastică articulatorie, diminuarea mișcărilor involuntare.

Reeducarea respirației prin exerciții logopedice are o importanță deosebită pentru redarea naturaleții vocii, a intonației, a ritmului vorbirii. Se vizează creșterea capacității pulmonare, a coordonării musculaturii implicate în respirație, controlul undei de aer în respirație (fie pe nas, fie oral). Exercițiile de respirație se recomandă a fi făcute în timpul vorbirii, fie prin prelungirea unor vocale, fie prin pronunțarea unor silabe.

Terapia fonației presupune intervenție medicamentoasă (care se află în responsabilitatea medicului curant), protezică (purtarea unor corsete care diminuează spasmele musculare, ajută la redobândirea posturii și sprijină musculatura slăbită precum și purtarea unor proteze dentale, care sprijină întărirea vălului palatin, protezare prin utilizarea unui amplificator de voce) și comportamentală (creșterea perioadei de inspir și expir, întărirea musculaturii tractului fonator, controlul intensității vocii, inițierea fonației la începutul expirului, întoarcerea capului spre dreapta sau stânga în timpul producerii vorbirii, în cazul unei afectări unilaterale, manipularea digitală laterală a unor cartilaje). Două tehnici compensatorii sunt respirația din gât și respirația gloso-faringiană.

Intervenția în planul rezonator, articulator, al ritmului și prozodiei include exerciții de articulare a consoanelor explozive, a fricativelor și africatelor, de creștere a preciziei articulării, prin tehnici de imitare a pronunției corecte, demonstrație, metoda emiterii spontane, a derivării din sunete omonime, metoda ortofonică.

Intervenția logopedică se va concentra pe îmbunătățirea abilităților comunicaționale funcționale. Exercițiile vor fi alese în funcție de tipul de dizartrie, se vor acorda pauze des, întrucât dizartricul obosește repede, dar se va urmări creșterea rezistenței în timp. Atmosfera de lucru va fi una tonică și motivantă pentru angajarea în sarcină, feedback-urile vor fi imediate (de la terapeut, prin utilizarea oglindei logopedice precum și alte dispozitive ce pot oferi feedback în privința nazalizării și pronunției).

Exemplu

Finalizarea vorbirii înaintea încheierii ciclului respirator precum și prelungirea maximal a vocalelor sunt tehnici recomandate spre a fi învățate de persoanele care suferă de dizartrie flască, spastică, ataxică, hipokinetică, dar nerecomandate în cea hiperkinetică și cea a neuronului motor superior.

O altă tehnică specifică este truncherea discursului, frazei, în structuri logice, scurte, care pot contribui la îmbunătățirea inteligibilității limbajului.

Aplicaţia 2

Realizați o analiză comparativă a celor 3 tulburări de limbaj: afazia, apraxia și dizartria. Evidențiați ce au în comun și ce le diferențiază.

Construiți un plan de intervenție logopedică pentru un anumit tip de dizartrie, la alegere.

Completați o fișă logopedică pentru un caz de dizartrie.

Rezumat

Dizartria este cuprinsă în categoria tulburărilor fonoarticulatorii, împreună cu dislalia și se datorează afectării unuia dintre aparatele cerebrale (piramidal, extrapiramidal și cerebelos), fiind alterată vorbirea rostită, „și anume latura ei instrumentală, la un nivel intermediar, între organul periferic de execuție și centrul cortical de elaborare și comandă" (Păunescu, Toncescu, Soreescu, Neagu, 1976, p. 257).

Tipurile de dizartrie au fost denumite în funcție de principalele caracteristici ale vorbirii (articulare, rezonanță, fonație, respirație și prozodie). Acestea sunt: dizartrie spastică, flască, ataxică, hiper, hipo-kinetică și mixtă (Darley, Aronson & Brown, 1969).

Dizartria flască: Acest tip de dizartrie se manifestă prin slăbiciune generalizară, reflexe diminuate, hipotonie. Poate afecta unele sau toate subcomponentele sistemului de vorbire.

Dizartria spastică: Acestă tulburare se mai numește și pseudobulbară. Se datorează afectării bilaterale a activării directe (piramidal) și / sau indirecte (extrapiramidal) a căilor sistemului nervos central. Afectarea acestor căi duce la pierderea sau degradarea controlului musculaturii fine, reducerea tonusului muscular, reflexe încetinite, slăbiciune.

Dizartria ataxică: Este greu de diferențiat de cea hipokinetică. Se datorează afectării circuitelor de control cerebral, a emisferei cerebrale, ariile paravermis și vermis, în zona medială, cortico-nucleară a cerebelului. Uneori apariția acestei tulburări este unicul sau printre primele simptome ale unei leziuni cerebrale.

Dizartria hipokinetică: „Dizartria hipokinetică este o tulburare de vorbire motorie specifică, asociată cu patologia circuitului de control al ganglionilor bazali" (Duffy, 1995, p. 166). Sunt afectate toate aspectele participante în vorbire: articulația, fonația, respirația și rezonanța. Vocea, nivelurile articulatorii și prozodice sunt aspectele cel mai vizibil afectate. **Dizartria hiperkinetică:** Acestă dizartrie se consideră a fi un termen colectiv pentru un grup divers de tulburări de vorbire datorate mișcărilor involuntare anormale care afectează ritmul și fluența activităților motorii, inclusiv cele destinate producerii vorbirii. Mișcările la care facem referire sunt la nivelul membrelor, trunchiului, gâtului, feței, limbii, putând fi neregulate sau ritmice, rapide sau lente. Toate aspectele legate de articulare, rezonanță, fonație, respirație, prozodie sunt afectate. Dizartria hiperkinetică este specifică bolii Huntington (grimase faciale), este asociată cu coreea Sydenham.

Intervenția terapeutică în dizartrie se concentrează pe restabilirea funcțiilor deteriorate, pe implementarea unor strategii compensatorii sau, în cazul unei evoluții severe a tulburării, pe evaluarea și dezvoltarea unui sistem de comunicare augmentativ / alternativ. Principalele sectoare asupra căreia se va concentra terapia sunt: reeducarea respirației, fonație (intervenție medicamentoasă, protezică și comportamentală), rezonanță, articulare, ritm, prozodie.

Referințe bibliografice

1. Bodea Haţegan, C. (2016). *Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise.* București, România: Editura Trei.
2. Darley, F. L., Aronson, A. E., & Brown, J. R. (1969). Differential diagnostic patterns of dysarthria. *Journal of speech and hearing research, 12*, 246-269.
3. Dashtipour, K., Tafreshi, A., Lee, J., & Crawley, B. (2018). Speech disorders in Parkinson's disease: pathophysiology, medical management and surgical approaches. *Neurodegenerative disease management, 8*(5), 337-348.
4. De Keyser, K., Santens, P., Bockstael, A., Botteldooren, D., Talsma, D., De Vos, S., ... & De Letter, M. (2016). The relationship between speech production and speech perception deficits in Parkinson's disease. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 59*(5), 915-931.
5. Duffy, J. R. (1995). Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management. st. louis, mo: Mosby-year book*.) ^ (Eds.): 'Book Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management. St. Louis, MO: Mosby-Year Book' (Inc, 2005, edn.)*.
6. Duffy, J. R. (2013). *Motor Speech disorders-E-Book: Substrates, differential diagnosis, and management.* Elsevier Health Sciences.
7. Henderson, D., Jensen, M., Drucker, J., & Lutz, A. (2019). Rehabilitation of Speech, Language, and Swallowing Disorders in *Clients with Acquired Brain Injury* (pp. 201-226). In Elbaum, J. (2019). *Acquired Brain Injury.* An Integrative Neuro-Rehabilitation Approach. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-16613-7
8. Hustad, K. C., Gorton, K., & Lee, J. (2010). Classification of speech and language profiles in 4-year-old with cerebral palsy: A prospective preliminary study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 53*, 1496–1513.
9. Knuijt, S. (2018). *Prevalence of dysarthria and dysphagia in neuromuscular diseases and an assessment tool for dysarthria in adults* (Doctoral dissertation, Radboud University Nijmegen). https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/191605/191605.pdf accesat în 11.07.2019
10. Levy, E. S. (2014). Implementing two treatment approaches to childhood dysarthria. *International Journal of Speech-Language Pathology, 16*(4), 344-354.

11. Lubart, E., Leibovitz, A., Baumoehl, Y., Klein, C., Gil, I., Abramovitz, J., ... Habot, B. (2005). Progressing stroke with neurological deterioration in a group of Israeli elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 41*(1), 95–100.
12. Matheron, D., Stathopoulos, E. T., Huber, J. E., & Sussman, J. E. (2017). Laryngeal aerodynamics in healthy older adults and adults with Parkinson's disease. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 60*(3), 507-524.
13. McNeil, M., R., Robin, D. A., & Schmidt, R. A. (1997). Apraxia of speech: Definition, differentiation, and treatment. In M.R. McNeil (ed), *Clinical management of sensorimotor speech disorders* (pp. 311-44). New York: Thieme.
14. Murdoch, B. E., and Whelan, B. M. (2009). *Speech and Language Disorders Associated with Subcortical Pathology.* Chichester: Wiley-Blackwell.
15. Năstasă, L. E. (2011). *Muzica în educaţia specială*. Braşov: Ed. Universităţii Transilvania.
16. Nordberg, A., Carlsson, G., & Lohmander, A. (2011). Electropalatography in the description and treatment of speech disorders in five children with cerebral palsy. *Clinical linguistics & phonetics, 25*(10), 831-852.
17. Park, S., Theodoros, D., Finch, E., & Cardell, E. (2016). Be clear: A new intensive speech treatment for adults with nonprogressive dysarthria. *American Journal of Speech-Language Pathology, 25*(1), 97-110.
18. Parker, N. K., Kelly, H., Miller, N., & Pennington, L. (2016). Speech therapy for children with dysarthria acquired before three years of age. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016*(7). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6457859/ Accesat în 12.08.2019
19. Păunescu, C., Toncescu, N., Soreescu, V., Neagu, M., (1976). *Introducere în logopedie.* Bucureşti, România: Editura didactică și pedagogică.
20. Pennington, L., Parker, N. K., Kelly, H., & Miller, N. (2016). Speech therapy for children with dysarthria acquired before three years of age. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* (7).
21. Prelock, P. A., & Hutchins, T. L. (2018). *Clinical Guide to Assessment and Treatment of Communication Disorders.* Springer International Publishing.
22. Shriberg, L. D., Kwiatkowski, J., & Mabie, H. L. (2019). Estimates of the prevalence of motor speech disorders in children with idiopathic speech delay. *Clinical linguistics & phonetics*, 1-28.

23. Shriberg, L. D., Strand, E. A., Jakielski, K. J., & Mabie, H. L. (2019). Estimates of the prevalence of speech and motor speech disorders in persons with complex neurodevelopmental disorders. *Clinical Linguistics & Phonetics, 33*(8), 707-736.
24. Skodda, S., (2010). *Speech and Voice Disorders in Parkinson's Disease. in Harrison, A. E. (2010). Speech disorders: causes, treatment and social effects.* New York, NY: Nova Science Publishers, Incorporated.
25. Stipancic, K. L., Borders, J. C., Brates, D., & Thibeault, S. L. (2019). Prospective Investigation of Incidence and Co-Occurrence of Dysphagia, Dysarthria, and Aphasia Following Ischemic Stroke. *American journal of speech-language pathology, 28*(1), 188-194.
26. Vidovic, M., Sinanovic, O., Sabaskic, L., Haticic, A., & Brkic, E. (2011). Incidence and types of speech disorders in stroke patients. *Acta Clinica Croatica, 52*(4), 491–494.
27. Vogel, A. P., Stoll, L. H., Oettinger, A., Rommel, N., Kraus, E. M., Timmann, D., ... & Synofzik, M. (2019). Speech treatment improves dysarthria in multisystemic ataxia: a rater-blinded, controlled pilot-study in ARSACS. *Journal of neurology, 266*(5), 1260-1266.

Tulburarea de ritm și fluență

Cuprins

8.1. Introducere *115*
8.2. Competenţe *115*
8.3. Forme ale tulburărilor de ritm şi fluenţă..... *116*
8.4. Balbismul *118*
8.5. Terapia logopedică *121*
8.6. Terapia cognitiv comportamentală..... *124*
8.7. Terapia medicamentoasă..... *125*

8.1. Introducere

Acest capitol prezintă caracteristicile tulburărilor de ritm şi fluenţă, insistând asupra balbismului. Sunt descrise şi analizate cauzele apariţiei acestor tulburări. De asemenea sunt prezentate principalele tehnici considerate eficiente în terapia specifică a simptomelor precum şi tehnici cognitiv comportamentale de reducere a credinţelor limitative care alimentează anxietatea anticipatorie.

8.2. Competenţele unităţii de învăţare

După parcurgerea acestei unităţi, studenţii vor fi capabili:

- *Să identifice formele tulburărilor de ritm şi fluenţă,*
- *Să aplice diferite tehnici cognitiv comportamentale,*
- *Să realizeze un demers de evaluare şi intervenţie specifică tulburărilor de ritm şi fluenţă.*

Durata medie de parcurgere a acestei unităţi de învăţare este de 2 ore.

8.3. Forme ale tulburărilor de ritm și fluență

Tulburările de ritm și fluență sunt vizibile printr-un grup de manifestări comportamentale care interferează cu producerea corectă a sunetelor, articularea cuvintelor precum și procesarea cognitivă în formularea mesajelor lingvistice. Termenul *fluență* are sensuri diferite, dar în contextul comunicării verbale și scrise, are înțelesul de cursivitate, coerență și claritate în exprimare. Fluența este aspectul producției de vorbire care se referă la continuitate, netezime, ritm și efort (https://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Childhood-Fluency-Disorders/).

Ritmul, este termenul care, în sfera comunicării umane, accentuează succesiunea simetrică și periodică a unităților semantice, cadența care dă armonie exprimării orale. Este un aspect suprasegmental al vorbirii, un element prozodic care include variații dependente de pauzele necesare exprimării silabelor, cuvintelor dintr-un enunț, a propozițiilor dintr-o frază (Logan, 2015). Este necesar să diferențiem *ritmul* de *intonație*. Intonația conferă sensul psihologic diferit al enunțului, în condițiile unui ritm constant de vorbire. De asemenea, aceeași persoană se poate exprima utilizând ritmuri diferite, în funcție de contextul communicațional.

Având fluența și ritmul drept criterii de judecată a exprimării orale și scrise, descoperim ușor persoanele cu un nivel înalt de stăpânire a acestor indicatori, care nu doar se exprimă elocvent, cu densitate semantică, fără prea mult efort ci reușesc să capteze atenția auditoriului prin nivelul de creativitate dezvăluit în exprimare. De asemenea, sunt persoane care se situează la polul opus, care cu siguranță atrag atenția, dar nu într-un mod pozitiv.

Această categorie de tulburări de limbaj cuprinde forme ale vorbirii caracterizate printr-un nivel scăzut de cursivitate, de flexibilitate, de stabilitate și claritate, blocaje în articularea cuvintelor, disritmie, fie accelerarea intensă a ritmului, fie încetinirea neobișnuită a acestuia, pauze nepotrivite în rostirea cuvintelor, repetarea unor sunete, silabe sau chiar a unor cuvinte întregi. Întreg tabloul comportamental este însoțit de tensiune fizică, vizibilă prin: efort, spasme musculare, ticuri sau mișcări atipice cu rol de redobândire a controlului muscular, de manifestare evidentă a disconfortului trăit (înroșire sau lividitate, transpirație, etc.).

În categoria tulburărilor de ritm și fluență sunt incluse: bâlbâiala, logonevroza, tumultus semones/battarism/cluttering, tahilalia, bradilalia, aftongia, tulburările coreice. Adesea se consideră că aceste tulburări de limbaj și comunicare sunt devastatoare prin efectele pe care le au asupra dezvoltării personalității persoanei afectate (Verza, 2009).

Tumultus sermones /cluttering sau batarismul este o tulburare de origine genetică. Dificultățile de comunicare apar atât în plan expresiv cât și în plan receptiv. Se caracterizează printr-o vorbire disfluentă îngăimată, cu un ritm repezit și întrerupt de pauze neașteptate pentru emiterea unor sunete. Datorită alertei în exprimare, adesea unele sunete sunt omise sau inversate în pronunția cuvintelor. Acest tablou comportamental se poate observa și în exprimarea scrisă. În condițiile în care persoanele afectate încearcă să reducă din intensitatea manifestărilor, fiind mai conștiente de modalitatea deficitară de articulare precum și de ritmul adoptat în vorbire, se poate observa apariția grimaselor precum și a unor mișcări neobișnuite ce însoțesc conduita verbală.

Cluttering-ul (vorbire învălmășită) este o denumire în spațiul saxon al literaturii de specialitate care include aceste tulburări caracterizate printr-un ritm neregulat al vorbirii, extrem de rapid la început și neinteligibil la sfârșitul enunțului sau tumultus sermones ce perturbă claritatea și fluiditatea vorbirii (St. Louis & Schulte, 2011).

Specialiștii din domeniu consideră că este dificilă obținerea unui consens în utilizarea unei singure definiții. Preferăm următoarea definiție operațională: Cluttering-ul reprezintă o tulburare de comunicare în care ritmul vorbirii este neobișnuit de rapid sau lent, exprimând o succesiune neregulată a sunetelor emise și efectuarea de pauze în vorbire, în momente neașteptate, nepotrivite cu înșiruirea logică a cuvintelor, manifestările de disfluență fiind diferite de cele ale balbismului (St. Louis, Raphael, Myers, & Bakker, 2003).

Tahilalia este un termen ce denumește vorbirea cu un ritm rapid. Uneori pot apare omisiuni, subtituiri de sunete sau greșeli gramaticale ca urmare a imposibilității articulării corecte în timp util. Alături de ritmul alert, se pot observa la unele persoane, modificări ale timbrului vocii, îngreunând mult recepția comunicării de către interlocutorul persoanei afectate. Tabloul comportamental s-a evidențiat la persoanele cu tulburări emoționale, tulburări psihice (Keulen, Verhoeven, De Witte, De Page, Bastiaanse, & Mariën, 2016), autism (Irvine, Eigsti, & Fein, 2016), unele episoade tipice persoanelor afectate de Parkinson (Ortiz, Brabo, & Minett, 2016).

Bradilalia delimitează manifestări comportamentale total opuse tahilaliei. Se evidențiază un ritm al vorbirii extrem de lent, care îngreunează urmărirea atentă a discursului celui afectat. Persoana afectată se străduiește să pronunțe corect sunetele, în detrimentul fluidității vorbirii. Vocea este monotonă și lipsită de inflexiuni verbale (Verza, 2009). Se asociază unor sindroame rare precum Kleine-Levin (Duat-Rodríguez, Martínez-Albaladejo, Pérez-Sebastián, Cantarín-Extremera, Hedrera-Fernández, & García-Peñas, 2017) și leziuni cerebrale (Bodea Hațegan, 2016).

Aftongia încadrează tulburări în articularea cuvintelor în urma unor spasme musculare accentuate de stări emoționale intense, nivel ridicat de oboseală. Persoana nu mai poate coordona articularea clară a sunetelor, modificându-se același timp ritmul și fluența vorbirii. Terapia logopedică se concentrează în acest caz pe reducerea intensității reacțiilor emoționale în fața evenimentelor de viață precum și pe relaxarea musculaturii.

Tulburările coreice sunt specifice unui nivel ridicat de nervozitate și tensiune internă. Sunt evidente ticurile, spasme musculare la nivelul feței, utilizarea unui limbaj selectiv, omiterea cuvintelor neuzuale, ritm inegal, voce tremurată. Tratamentul logopedic se aseamănă destul de consistent cu cel utilizat în cazul aftongiei.

Logonevroza este forma accentuată și cronicizată a bâlbâielii, fiind evidentă în exprimarea orală și scrisă (Verza, 2009). Unii cercetători nu iau în considerare această denumire sau o tratează ca echivalentă a balbismului.

8.4. Balbismul

Balbismul este „un termen generic care descrie vorbirea care nu urmează un ritm convențional, normal" (Lavid, 2003, p.11). În literatura de specialitate se precizează adesea necesitatea de a diferenția corect bâlbâiala de vorbirea poticnită, cauzată de alte condiții care nu intră în sfera patologicului. Astfel, atunci când suntem entuziasmați, nervoși, surprinși sau vorbim prea repede, pot apărea poticneli care seamănă cu tabloul expresiv al balbismului, dar nu reprezintă o formă clinică. Cel mai des, aceste dificultăți care apar se datorează controlului deficitar al respirației sau o disfluență în sincronizarea activității (contractare și relaxare) mușchilor care participă la producerea vorbirii. Deși bâlbâiala de dezvoltare și cea ocazională par a avea tipare expresive similare, acestea diferă în privința etiologiei și a tratamentului terapeutic.

Disfluența a fost remarcată încă din vremurile antice. Istoricii au descoperit în Egipt, heroglife care susțin existența unor cuvinte care descriau această condiție. Transcrierea fonetică a acestor heroglife sunt *Ketket* și *Nitit*, care semnifică „a se cutremura" și „a ezita" care erau cuplate cu hieroglifa care indica gura, traducându-se prin bâlbâială (Lavid, 2003, p.11). De asemenea, literatura de specialitate face diferențierea între *balbism de dezvoltare, balbism dobândit (neurogenic și psihogenic)*.

Balbismul de dezvoltare apare la copii, între 2 și 6 ani, indiferent de cultura de apartenență și se poate manifesta și în perioada adultă. Mulți dintre copiii afectați de bâlbâială se pot recupera spontan, mai ales în perioada preșcolară și școlaritatea mică. Aproximativ 60

de milioane de copii sunt afectați de această tulburare, afectând mai mult băieții decât fetele (numărul de băieți afectați fiind de 4 ori mai mare comparativ cu cel al fetelor). De asemenea, prevalența tulburării este de 5 % la copii și 1% în populația adultă (Nouri, Nouri, Abdali, Shafie, & Karimi, 2012).

Factorii etiologici responsabili sunt ereditatea, factorii genetici, cromozomul 12 Q și 1 Q (Suresh, Ambrose, Roe, Pluzhnikov, Wittke-Thompson, Ng, ... & Ezrati, 2006), nivelul de testosteron (Selçuk, Erbay, Özcan, Kartalci, & Batcioğlu, 2015), tipare neobișnuite de activare în rețeua corticală și subcorticală incluzând girusul frontal drept, cortexul auditiv bilateral, cerebelul și ganglionii bazali (Kronfeld-Duenias, Amir, Ezrati-Vinacour, Civier, & Ben-Shachar, 2016), reducerea fracției aniscopice din șanțul Rolando stâng, materie albă localizată în zona Brodmann 44 și aproape de aria responsabilă de reprezentarea motorie primară a limbii, laringelui și faringelui (Connally, Ward, Howell, & Watkins, 2014), reducerea fracției aniscopice în rețeua motorie din tractul spinal, disfuncții în funcționarea cerebelului și a talamusului.

Observațiile tabloului expresiv al balbâielii de dezvoltare au arătat 3 disfluențe la nivelul pronunției cuvintelor: repetiția unui sunet sau a unei silabe, prelungirea unui sunet și cuvinte sparte:

- *repetiția unui sunet sau a unei silabe*

  C-c-c-care e numele tău?

- *prelungirea unui sunet*

  Ca----re e numele tău?

- *cuvinte sparte*

  Ca (pauză) re e numele tău?

De asemenea, se observă pe lângă caracteristicile menționate mai sus, fluxul vorbirii dintre cuvinte poate fi întrerupt de: interjecții, pauze cu tăcere sau cu emitere de sunete, circumlocuțiuni, repetiție a cuvintelor monosilabice.

- *Interjecții*

  Care *ăăăăăă* e numele tău?

- *Pauze cu tăcere sau cu emitere de sunete*

  Care *(pauză)* e numele tău?

- *Circumlocuțiuni*

  Ca--- Cum te numești?

- *Repetiție a cuvintelor monosilabice*

  Ce-Ce-Ce vrei să spui?

Bâlbâiala se asociază cu *comportamente motorii secundare* și cu *anxietatea anticipatorie*.

Comportamentele motorii secundare sunt mișcări involuntare, ticuri motorii vizibile la nivelul feței și a gâtului și mai rar în alte zone ale corpului. De obicei, se observă clipitul ochilor neobișnuit, tremur al buzelor sau a limbii și o respirație neregulată.

Anxietatea anticipatorie se exprimă prin frica datorată anticipării manifestărilor bâlbâielii și este strâns legată de modul în care persoana își evaluează competențele de comunicare. Datorită acestei anxietăți, persoana care suferă de balbism va evita situații sociale în care trebuie să vorbească, simțindu-se jenat de elocvența sa. Această anxietate reprezintă un factor care exacerbează manifestările comportamentale tipice ale persoanei cu bâlbâială.

Balbismul dobândit neurogenic diferă de cel de dezvoltare prin etiologie, prevalență, gradul de recuperare. Afectează mai degrabă adulții, printre cauzele generatoare fiind recunoscute atacurile vasculare cerebrale, leziunile cerebrale în corpul calos, cerebel, în lobii frontali, parietali, occipitali, temporali, trunchi cerebral, afectări ale unor zone cerebrale în urma unor proceduri chirurgicale, utilizarea anumitor medicamente (anfetamina utilizată în tratarea ADHD, crescând nivelul dopaminei din creier și levodopa utilizată în boala Parkinson tot pentru reglarea nivelului de dopamină). Balbismul dobândit este considerat destul de rar și poate avea cauze diverse. Dacă în balbismul de dezvoltare, persoanele afectate experimentează disfluențe pe prima silabă sau primul sunet, în bâlbâiala dobândită, persoanele afectate exprimă disfluențe nespecifice, pe ultima silabă sau pe mai multe silabe din cuvânt. Comportamentele motorii secundare și anxietatea anticipatorie nu sunt asociate cu balbismul dobândit. Dacă balbismul de dezvoltare prezintă o rată de recuperare de 80%, nivelul de recuperare al balbismului dobândit variază mult, fiind consecutiv unor alte condiții medicale (Lavid, 2003).

Balbismul dobândit psihogenic își are originile în problemele psihologice sau emoționale cu care persoana se confruntă. Specialiștii consideră că diferențierea de cel neurogenic poate fi o adevărată provocare (Almada, Simões, Constante, Casquinha, & Heitor, 2016). Tabloul tipic al balbismului dobândit neurogenic este însoțit de unele dintre următoarele condiții: bizarerii comportamentale (devieri gramaticale atipice, multiple repetiții a tuturor fonemelor cu mișcări corporale simultane), nivel ridicat de stres, tulburare de stres posttraumatic, anxietate, depresie, traume psihologice, tulburări psihologice. Tulburarea poate

varia ca nivel de afectare, severitate, indiferent de nivelul de funcționare cognitivă, de utilizare a vocabularului, de funcționare a limbajului receptiv. Tulburarea se poate manifesta o perioadă scurtă de timp (câteva zile) sau o perioadă mai lungă (luni, ani). Pe măsură ce sănătatea mintală este îmbunătățită, se recuperează și balbismul.

Balbismul de dezvoltare și sindromul Tourette

În literatura de specialitate, se precizează necesitatea diagnosticului diferențiat între balbismul de dezvoltare și sindromul Tourette. „Sindromul Tourette este o afecțiune neuropsihiatrică, caracterizată printr-o gamă largă de simptome neuromotorii și de comportament, inclusiv dificultăți de vorbire și limbaj și dizabilități de învățare" (Luc, Sasisekaran, Van Lieshout, & Sandor, 2005, p. 97).

Cercetările bazate pe teste genetice au dovedit că, deși manifestările comportamentale ale celor două condiții medicale sunt izbitoare, nu sunt asociate. Sindromul Tourette se aseamănă cu balbismul de dezvoltare prin comportamentele motorii secundare și anxietatea anticipatorie, prevalența mai mare la băieți și se diferențiază prin prezența ticurilor verbale (sunete neinteligibile), hiperactivitate, limbaj licențios, înjurături, obscenități, în cazul formelor severe a afecțiunii.

.

Să ne reamintim

Factorii de risc pentru balbism:

- Genul masculin,
- Traumatisme cerebrale,
- Vârsta debutului,
- Istoricul familiei,
- Neîndemânarea,
- Vorbirea unei alte limbi acasă,
- Severitatea simptomelor tulburării de vorbire când copilul a fost evaluat prima dată (Howell, 2011, pp.298-299).

8.5. Terapia logopedică la copii

În privința momentului începerii tratamentului logopedic, părerile specialiștilor sunt împărțite. Unii consideră că manifestările comportamentale se vor stinge de la sine, pentru unii copii, alții consideră că este necesară începerea terapiei logopedică, cât mai de timpuriu,

imediat ce a fost identificată tulburarea. Obiectivele demersului terapeutic vizează descreșterea frecvenței manifestărilor tipice balbismului precum și diminuarea nivelului de anxietate anticipatorie. În cazul în care logopedul nu are pregătirea necesară pentru susținerea terapiei de diminuare a nivelului de anxietate, va îndruma clientul spre un psiholog cu competențe specifice în domeniu.

Sunt multiple abordări în terapia logopedică a balbismului, dificil de redat în această lucrare. Dar câteva aspecte sunt comune, indiferent de abordarea terapeutică. Astfel, clientul va fi învățat diferite modalități de producere a sunetelor, va învăța și va exersa variate modalități de îmbunătățire a fluenței vorbirii.

Obiectivele terapiei logopedice diferă în funcție de vârsta persoanei afectate. Astfel, specialiștii consideră că șanse mari de recuperare au copiii, iar pentru adulți propun mai degrabă obiective de gestionare eficientă a simptomelor balbismului (Rentschler, 2011).

O preocupare aparte se acordă modalităților în care se face tratamentul logopedic. Astfel, se recomandă ca evaluarea inițială să include mai multe probe de evaluare, ce pot fi aplicate în momente diferite, înainte de începerea terapiei logopedice. Sesiunile de evaluare se înregistrează audio sau video, pentru a fi analizate ulterior. Atunci când sunt evaluați copii cu vârste mici, se propune utilizarea frecventă a materialelor concrete (Hegde, 2006). Trebuie de asemenea să se țină cont de faptul că există o tendință la copii de a răspunde cu cuvinte monosilabice la întrebările evaluatorului. Prin urmare producția verbală va fi stimulată, pentru a nu interpreta greșit rezultatele copilului. De asemenea, evaluatorul numără disfluențele și numărul de cuvinte dintr-o secvență verbală pentru a calcula rata procentuală de disfluență.

Tehnici prin care se poate induce fluența verbală

O importanță deosebită se acordă stimulării și promptării producerii propozițiilor, utilizării întrebărilor cu răspuns deschis, acordării feed-back-ului corectiv într-o manieră calmă și încurajatoare, producerii de segmente propoziționale fluent exprimate precum și utilizării sistemelor de recompense .

Există orientări în terapia logopedică în care se întărește doar comportamentul dorit, adică fluența verbală, prin laude sau alte forme de recompense sociale. Orice formă de manifestare a disfluenței este complet ignorată. Acestă filozofie se aplică mai ales la preșcolari. Terapeutul se axează pe a demonstra el comportamentul verbal dorit, pe care copilul în modelează, imită. Părinții sunt implicați în a deveni co-terapeuți și stimulați să imite comportamentul terapeutului în comunicarea verbală dintre membrii familiei.

În terapia logopedică a adolescenților și adulților există mai multe opțiuni de protocoale, practici:

- O procedură completă de modelare a fluenței prin controlul respirației în timpul vorbirii, încetinirea ratei vorbirii prin prelungirea silabelor și caracteristici prozodice normale (ritmul normal de vorbire, intonația, variația de intensitate și sonoritate).
- Procedura de „Time-out", adică *vorbit și pauză*. Această această expresie se utilizează pentru a exclude, pedepsi pe cineva într-un context, dar în acest context terapeutic are altă semnificație. Pauza pe care clientul o face este utilizată de terapeut eficient prin încurajarea nonverbală a acestuia (menținerea contactului vizual, zâmbet, aprobarea nonverbală, având răbdare ca logopatul să își adune forțele pentru a continua.
- Debut fonator blând, calm care se realizează prin controlul fluxului de aer atât în secvența de inspirație cât și cea de expirație.
- Modelarea fluenței se începe în terapia adulților de la cea mai înaltă formă de producție (de exemplu de la propunțarea unei fraze sau a unei propoziții scurte sau lungi, în funcție de particularitățile clientului), având o mai mare eficiență comparativ cu modelul clasic de la mic la mare, de la simplu la complex.
- Exerciții de expirație prefonatorie urmate de producție verbală.
- Utilizarea întăririi verbale și a feed-back-ului informativ, acordat imediat și pe un ton încurajator dar cât mai natural cu putință.
- Subiectele de discuție vor fi alese de client, primând interesele acestuia.
- Pentru menținerea rezultatelor pozitive obținute în terapie, sesiunea terapeutică se poate muta în alte contexte situaționale, spre un mediu cât mai nestructurat și apropiat mediului normal de viață (de ex. o plimbare pe stradă, mersul la restaurant sau la cumpărături).

Exemplu

Activitate	**Obiectiv comportamental**
Încălzire: utilizarea unui ritm lent al vorbirii pentru descrierea unei fotografii	Clientul va descrie o serie de fotografii, având un ritm lent al vorbirii, cu o acuratețe de 85 %.

Utilizarea unui ritm lent al vorbirii într-o conversație	În timpul discuțiilor referitoare la ceea ce trebuie să conțină bagajul unei persoane care pleacă într-o vacanță de 2 săptămâni, logopatul va dovedi un ritm lent al vorbirii, cu o acuratețe de 75 %.
Utilizarea unui ritm lent al vorbirii pentru a citi pentru a răspunde întrebărilor unui necunoscut	În timp ce va citi propoziții distincte, clientul va accentua primul sunet, al fiecărui prim cuvânt din fiecare propoziție, cu o acuratețe de 90%.
Utilizarea unui ritm lent al vorbirii pentru a răspunde întrebărilor unui necunoscut	În timp ce o persoană necunoscută îi adresează clientului întrebări, acesta va răspunde calm și cu o ritmicitate normală, cu o acuratețe de 75%.
Temă: Utilizarea unui ritm lent al vorbirii la școală, serviciu	Logopatul va adresa o întrebare în fiecare zi în clasă/ la serviciu, utilizând tehnica de accentuare a primul sunet, al fiecărui prim cuvânt din fiecare propoziție.

8.6. Terapia cognitiv comportamentală

Terapiile cognitiv comportamentale, extrem de populare în anii 1980–1990, au la bază teoriile învățării din paradigma behavioristă. Acestea vizează modificarea tiparelor nefuncționale de gândire și de reacție/ răspuns la condițiile interne și externe ale evenimentului, situației cu care se confruntă clientul, care afectează starea de bine a persoanei.

Procesul de schimbare a cogniților și pattern-urilor comportamentale debutează cu analiza comportamentelor considerate neadecvate sau limitative și a contextelor situaționale în care acestea apar. Pentru acest segment din demersul terapeutic, se utilizează metode și instrumente precum: observația, anamneza, interviul, jocul de rol, chestionarul, testul. Datele obținute sunt analizate, coroborate și interpretate. Se identifică factorii declanșatori și cei care mențin dificultățile exprimate.

Se stabilesc apoi obiectivele terapeutice specifice, definindu-le cât mai clar cu putință, fiind particularizate clientului, acceptate de acesta, formulate astfel încât să poată fi măsurate cu ușurință, concentrate pe comportamente prezente și pe dobândirea unui nivel mai ridicat de autonomie.

Se construiește planul de intervenție, alegându-se tehnicile cele mai potrivite persoanei în cauză, adaptându-le contextului individual. Evaluările constante permit compararea rezultatelor obținute în diferite momente ale intervenției și evidențierea progresului obținut. De asemenea, analiza rezultatelor evaluărilor permite reflectarea asupra condițiilor care îngreunează evoluția.

Tehnicile terapeutice cele mai utilizate sunt: relaxarea, tehnici de expunere graduală, desensibilizarea sistematică, condiționarea, conștientizarea și analiza funcțională a comportamentelor considerate problematice, întărirea comportamentelor potrivite, reducerea, diminuarea sau eliminarea tiparelor comportamentale deficitare și a gândurilor automate și a cogniților limitative, prin disputarea acestora, oferind puncte de vedere alternative asupra problemei, întărirea progreselor în conduita verbală.

8.7. Terapia medicamentoasă

În cazul în care tulburarea de ritm și fluență are origine biologică bine definită, unele medicamente pot atenua simptomele tulburării. Cercetările arată că acest lucru este valabil mai ales atunci când se demonstrează că ganglionii bazali sunt afectați (Alm, 2004).

Principalele substanțe medicamentoase care sunt prescrise în aceste tulburări sunt:

„Agenți anticonvulsivi;

Antidepresive (inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei);

Antidepresive (antidepresive triciclice);

Agenți antipsihotici (convenționali);

Agenți antipsihotici (atipic-risperidonă);

Agenți cardiovasculari: agoniști ai receptorilor alfa;

Agenți cardiovasculari: blocanți ai receptorilor beta;

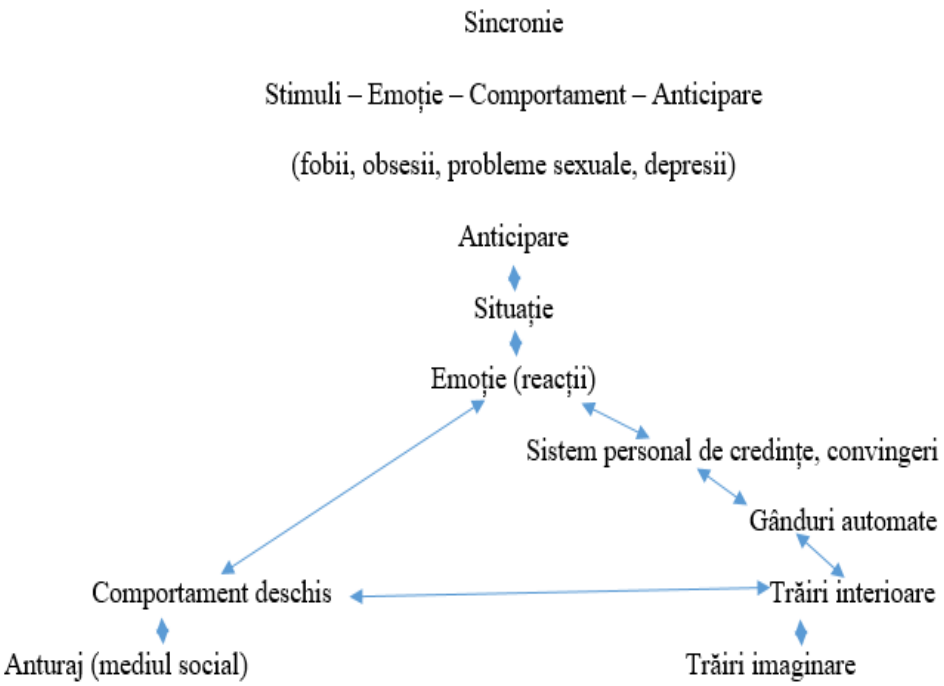
Agenți cardiovasculari: blocanți ai canalelor de calciu;

Antagoniști ai dopaminei” (Howell, 2011, p. 337).

Deși sunt intens utilizate, există specialiști din domeniul medical care consideră că riscurile asociate utilizării unui tratament medicamentos, efectele secundare pentru unele medicamente sunt mult prea severe pentru a merita riscul (Bothe et al., 2006). Acești specialiști recomandă mai multă prudență în angajarea într-un astfel de tratament medicamentos și continuarea studiilor privind efectele pe care aceste medicamente le au asupra pacienților.

Exemplu

Figura 8.1 Grila de analiză funcțională SECCA (De Chassey, Brignone, 2008, p.55)



Rezumat

Tulburările de ritm și fluență

- *Tumultus sermones /cluttering sau batarismul*
- *Tahilalia*
- *Bradilalia*
- *Aftongia*
- *Tulburările coreice*
- *Logonevroza*

Balbismul de dezvoltare apare la copii, între 2 și 6 ani, indiferent de cultura de apartenență și se poate manifesta și în perioada adultă. tabloului expresiv al balbâielii de dezvoltare au arătat 3 disfluențe la nivelul pronunției

cuvintelor: repetiția unui sunet sau a unei silabe, prelungirea unui sunet și cuvinte sparte, fluxul vorbirii dintre cuvinte poate fi întrerupt de: interjecții, pauze cu tăcere sau cu emitere de sunete, circumlocuțiuni, repetiție a cuvintelor monosilabice.

Comportamentele motorii secundare, Anxietatea anticipatorie

Balbismul dobândit neurogenic afectează mai degrabă adulții, printre cauzele generatoare fiind recunoscute atacurile vasculare cerebrale, leziunile cerebrale în corpul calos, cerebel, în lobii frontali, parietali, occipitali, temporali, trunchi cerebral, afectări ale unor zone cerebrale în urma unor proceduri chirurgicale, utilizarea anumitor medicamente

Balbismul dobândit psihogenic își are originile în problemele psihologice sau emoționale cu care persoana se confruntă.

Obiectivele **demersului terapeutic** vizează descreșterea frecvenței manifestărilor tipice balbismului precum și diminuarea nivelului de anxietate anticipatorie.

Tehnici prin care se poate induce fluența verbală- stimularea și promptarea producerii propozițiilor, utilizarea întrebărilor cu răspuns deschis, acordarea feed-back-ului corectiv într-o manieră calmă și încurajatoare, producerea de segmente propoziționale fluent exprimate precum și utilizarea sistemelor de recompense

Terapia cognitiv comportamentală este procesul de schimbare a cogniților și pattern-urilor comportamentale debuțnd cu analiza comportamentelor considerate neadecvate sau limitative și a contextelor situaționale în care acestea apar. Se utilizează metode și instrumente precum: observația, anamneza, interviul, jocul de rol, chestionarul, testul. Datele obținute sunt analizate, coroborate și interpretate. Se identifică factorii declanșatori și cei care mențin dificultățile exprimate. Se stabilesc apoi obiectivele terapeutice specifice. Se construiește planul de intervenție.

Test de evaluare a cunoştinţelor

1. Există vreo suprapunere între simptomele balbismului și cele ale tulburării *Tumultus sermones?* Care sunt acestea? Cum le puteți explica?
2. Care sunt factorii care influențează felul în care tulburările de ritm și fluență se dezvolta de-a lungul vieții?
3. Comparați tehnicile terapeutice utilizate la copii cu cele folosite în terapia logopedică a adulților? Care sunt asemănările și deosebirile? Cum explicați particularitățile?

TEMA DE CONTROL 2 (TC2)

Realizați un referat în care să descrieți una dintre următoarele tulburări de limbaj și comunicare: balbism sau logonevroză.

Structura referatului este următoarea: definiția tulburării, prevalența acesteia, caracteristicile, metode de intervenție, bibliografie (cf. APA).

Indicații:

Referatul nu trebuie să depășească 2 pagini Word (marginile paginilor 2,5 cm fiecare latură, scris cu Times New Roman, 12, spațiere 1,5).

Sugestii de materiale bibliografice online:

- Sabou, A. (2016). Particularităţile citirii la elevii cu bâlbâială. *Revista Română de Terapia Tulburărilor de Limbaj şi Comunicare*, *2*(1), 47-55. http://www.asttlr.ro/e107_files/reviste/rrttlc2/07_particularitati_but_ana.pdf
- Butta, M. (2016). Strategii terapeutice psiho-comportamentale în bâlbâială la vârsta școlară. *Revista Română de Terapia Tulburărilor de Limbaj şi Comunicare*, *2*(1), 11-18. http://www.asttlr.ro/e107_files/reviste/rrttlc2/03_strategii_butta.pdf
- Kraft, S. J., Lowther, E., & Beilby, J. (2019). The role of effortful control in stuttering severity in children: Replication study. *American journal of speech-language pathology*, *28*(1), 14-28. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6503866/pdf/AJSLP-28-14.pdf

Referinte bibliografice

1. ASHA (2019). *Speech and Language Disorders.* Accesat în 22.04.2019, https://www.asha.org/public/speech/disorders/
2. Alm, P. A. (2004). Stuttering and the basal ganglia circuits: A critical review of possible relations. *Journal of Communication Disorders*, 37, 325–369.
3. Almada, A., Simões, R., Constante, M., Casquinha, P., & Heitor, M. J. (2016). Psychogenic stuttering: A case and review. *European Psychiatry*, 33, S386-S387.
4. Bodea Haţegan, C. (2016). *Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise.* București, România: Editura Trei.
5. Bothe, A. K., Davidow, J. H., Bramlett, R. E., & Ingham, R. J. (2006). Stuttering treatment research 1970–2005: I. Systematic review incorporating trial quality assessment of behavioral, cognitive, and related approaches. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15, 321–341.
6. Connally, E. L., Ward, D., Howell, P., & Watkins, K. E. (2014). Disrupted white matter in language and motor tracts in developmental stuttering. *Brain and language*, 131, 25-35.
7. De Chassey, J., Brignone, S. (2008). *Terapia comportamentală și cognitivă a tulburărilor de ritm și fluență.* Iași: Polirom.
8. Duat-Rodríguez, A., Martínez-Albaladejo, I., Pérez-Sebastián, I., Cantarín-Extremera, V., Hedrera-Fernández, A., & García-Peñas, J. J. (2017). Síndrome de Kleine-Levin: diagnóstico diferencial en los síndromes encefalíticos recurrentes del adolescente. *Revista de Neurología*.
9. Hegde, M. N. (2006). *Treatment protocols for stuttering*. San Diego: Plural Publishing.
10. Howell, P. (2011). *Recovery from stuttering*. New York: Psychology Press.
11. Irvine, C. A., Eigsti, I. M., & Fein, D. A. (2016). Uh, um, and autism: filler disfluencies as pragmatic markers in adolescents with optimal outcomes from autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, *46*(3), 1061-1070.
12. Keulen, S., Verhoeven, J., De Witte, E., De Page, L., Bastiaanse, R., & Mariën, P. (2016). Foreign accent syndrome as a psychogenic disorder: a review. *Frontiers in human neuroscience*, *10*, 168.

13. Kronfeld-Duenias, V., Amir, O., Ezrati-Vinacour, R., Civier, O., & Ben-Shachar, M. (2016). The frontal aslant tract underlies speech fluency in persistent developmental stuttering. *Brain Structure and Function*, 221(1), 365-381.
14. Lavid, N., (2003). Understanding stuttering. USA: University Press of Mississippi.
15. Logan, K. J. (2015). *Fluency disorders*. San Diego: Plural Publishing.
16. Luc, F., Sasisekaran, J., Van Lieshout, P. H., & Sandor, P. (2005). Speech disfluencies in individuals with Tourette syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(1), 97-102.
17. Nouri, N., Nouri, N., Abdali, H., Shafie, M., & Karimi, H. (2012). Stuttering: Genetic updates and a case report. *Advanced biomedical research*, 1.
18. Ortiz, K. Z., Brabo, N. C., & Minett, T. S. C. (2016). Sensorimotor speech disorders in Parkinson's disease: Programming and execution deficits. *Dementia & neuropsychologia*, *10*(3), 210-216.
19. Rentschler, G. J. (2011). *Here's how to Do Stuttering Therapy*. San Diego: Plural Publishing.
20. Selçuk, E. B., Erbay, L. G., Özcan, Ö. Ö., Kartalci, Ş., & Batcioğlu, K. (2015). Testosterone levels of children with a diagnosis of developmental stuttering. Therapeutics and clinical risk management, 11, 793.
21. St. Louis, K. O., & Schulte, K. (2011). Defining cluttering: The lowest common denominator. In D. Ward & K. Scaler Scott (Eds.), *Cluttering: Research, intervention and education* (pp. 233-253). East Sussex, UK: Psychology Press.
22. St. Louis, K. O., Raphael, L. J., Myers, F. L., & Bakker, K. (2003). Cluttering updated. *The ASHA Leader*, *8*(21), 4-22, accesat în data de 10.10.2019 la https://leader.pubs.asha.org/doi/full/10.1044/leader.FTR1.08212003.4
23. Suresh, R., Ambrose, N., Roe, C., Pluzhnikov, A., Wittke-Thompson, J. K., Ng, M. C. Y., ... & Ezrati, R. (2006). New complexities in the genetics of stuttering: significant sex-specific linkage signals. *The American Journal of Human Genetics*, 78(4), 554-563.
24. Verza, E. (2009). *Tratat de logopedie* (Vol. II). Bucureşti, România: Editura Semne.

Unitatea de învăţare U.I.9.

Tulburările de limbaj ale persoanelor cu tulburare din spectrul autist

Cuprins

9.1. Introducere 131

9.2. Competențe 131

9.3. Descrierea tulburării din spectru autist 132

9.4. Tulburările de limbaj specifice persoanelor afectate de autism..... 136

9.5. Terapia logopedică 139

9.1. Introducere

Această unitate de învățare reprezintă o scurtă introducere în problematica tulburărilor din spectrul autist. Sunt descrise elementele de specificitate, factorii etiologici, aspectele legate de prevalența tulburării în lume. O atenție deosebită se acordă descrierii caracteristicilor comportamentului verbal şi nonverbal tipic acestei tulburări precum și a intervențiilor logopedice specifice.

9.2. Competențele unității de învățare

După parcurgerea acestei unități, studenții vor fi capabili:

- *Să delimiteze tulburarea din spectrul autist de alte tulburări de neurodezvoltare.*
- *Să identifice tulburările de limbaj specifice persoanelor afectate de autism.*
- *Să construiască un demers de intervenție specific pentru o persoană afectată de tulburarea din spectrul autist.*

Durata medie de parcurgere a acestei unităţi de învăţare este de 2 ore.

9.3. Descrierea tulburării din spectru autist

Tulburările din spectrul autist (TSA) sunt un grup de dizabilități de neurodezvoltare cu următoarele caracteristici definitorii: deficite constante în comunicarea și interacțiunile sociale, în contexte diferite precum și prezența unor modele repetitive de comportament, de interes sau activități. (ASHA, 2013). Se utilizează sintagma *tulburări din spectrul autist* pentru a evidenția faptul că persoanele afectate prezintă o mare variabilitate în expresivitatea caracteristicilor specifice. În funcție de nivelul de afectare, persoanele cu TSA necesită susținere diferită.

Specialiștii au inclus autismul infantil, sindromul Asperger, sindromul Heller sau tulburarea dezintegrativă a copilăriei, sindromul Rett și autismul atipic sau tulburarea pervazivă de dezvoltarea fără altă specificație într-o categorie ce poartă denumirea de Tulburări de Spectru Autist (TSA). Toate acestea au caracteristici comune cum ar fi: lipsa contactului vizual, jocurile stereotipe și repetitive, absența sau deteriorarea limbajului expresiv, dificultățile din comunicare, reticența la stimulii necunoscuți din mediu precum și incapacitățile de relaționare (Roșan, 2015).

În DSM 5 este propusă o structură de descriere a severității tulburării în funcție de 3 niveluri de suport. La primul nivel sunt încadrate persoanele cu TSA care au nevoie de spriijin, sunt verbali, dar au dificultăți în inițierea și susținerea interacțiunilor cu ceilalți, prezintă un interes scăzut în a forma relații și prezintă comportamente repetitive și restrictive care pot afecta funcționarea în câteva contexte. A doua categorie de diagnostic include persoanele care au nevoie de mai mult sprijin, întrucât deficitele în interacțiunile sociale sunt o provocare chiar dacă beneficiază de sprijin. Frecvența și intensitatea comportamentelor repetitive sunt evidente și afectează conduita în contexte variate, încercările de redirecționare sau întrerupere a comportamentului generând distres. Nivelul trei de diagnostic include manifestări severe a tulburării. Persoanele cu TSA pot prezenta deficiențe grave de limbaj verbal și non-verbal, inițiind sau răspunzând extrem de puțin stimulilor sociali iar comportamentele repetitive sunt prezente în toate contextele.

Diagnosticul de TSA poate fi pus, urmărind criteriile din DSM, doar de echipa multidisciplinară care trebuie să conțină minim un medic și un specialist psiholog. Evaluarea se face în urma analizei anamnezei și a istoricului medical, a observațiilor comportamentale, a interviurilor cu aparținătorii. De asemenea, se recomandă efectuarea tuturor testelor medicale necesare excluderii oricărei alte condiții medicale (de ex. deficit auditiv) care ar putea genera caracteristici comportamentale apropiate.

Aproximativ 70% dintre persoanele cu TSA pot avea o tulburare psihică comorbidă și aproximativ 40% au două sau mai multe tulburări psihiatrice comorbide (Asociația Americană de Psihiatrie, 2013). Principalele tulburări asociate sunt: dizabilitatea intelectuală, deficit de atenție, hiperactivitate, epilepsie, simptome gastro-intestinale, tulburări de somn, tulburări de hrănire, tulburări ale comportamnetului de auto-îngrijire, depresie, anxietate (Mannion & Leader, 2013; Lugo-Marín, Magán-Maganto, Rivero-Santana, Cuellar-Pompa, Alviani, Jenaro-Rio, ... & Canal-Bedia, 2019). Datorită acestor comorbidități, nevoile de instruire și suport devin mult mai ample.

Prevalența tulburării de spectru autist

Literatura de specialitate raportează în medie o prevalență a TSA de 1 % în lume, deși există studii care extind la 2% prevalența (Catalá-López, Ridao, Hurtado, Núñez-Beltrán, Gènova-Maleras, Alonso-Arroyo, ... & Tabarés-Seisdedos, 2019). Centrele de control al bolilor au raportat în 2016 existența a 62,2 milioane de persoane cu TSA în 195 de țări și teritorii (GBD, 2017). Marea majoritate a persoanelor afectate de TSA prezintă comorbidități.

De asemenea, este binecunoscut că afectează mai mult băieții decât fetele, cu un raport de 5 băieți la o fată. Copiii de rasa albă sau caucaziană prezintă șanse mai mari de a fi diagnosticați cu TSA comparativ cu cei hispanici și cei de culoare neagră. Aproximativ 1 din 63 de copiii albi este identificat, comparativ cu 1 din 81 de copii negri și 1 din 93 de hispanici (Rodrigues, Mestre, & Fredes, 2019).

Mai puțin de jumătate dintre copiii identificați cu TSA sunt evaluați pentru probleme de dezvoltare până la vârsta de trei ani. În medie, copiii care sunt identificați cu autism nu sunt diagnosticați decât după vârsta de patru ani, chiar dacă autismul poate fi diagnosticat încă de la doi ani și chiar mai devreme, dacă există factori de risc familiali cunoscuți.

Caracteristici specifice tulburării din spectrul autist

În ceea ce privește domeniul de dezvoltare al comunicării în interacțiuni sociale, persoanele afectate de TSA prezintă limitări severe mai ales în ceea ce privește comportamentele care dovedesc reciprocitatea socială și emoțională, abilitățile de comunicare verbală și non-verbală și dificultăți în inițierea și menținerea relațiilor sociale adecvate social. În funcție de gradul de afectare, întrucât diagosticul de tulburare din spectrul autist se poate extinde de la afectare profundă la elemente tipice acestei tulburări, aceste limitări din sfera interacțiunilor sociale pot prezenta forme variate și intensități diferite în expresivitate.

Referitor la modalitatea în care se realizează **reciprocitatea socială și emoțională** la persoanele cu TSA, literatura de specialitate menționează abordări deficitare sau imposibilitatea inițierii/ menținerii/ întreținerii unei conversații sau de a răspunde în interacțiuni sociale (McPartland, Reichow, & Volkmar, 2012). Prezintă un număr extrem de redus de interese comune cu ale celorlalte persoane de aceeași vârstă precum și lipsa de interes pentru împărtășirea emoțiilor cu alte persoane sau lipsa de răspuns emoțional la comportamentele celorlalți.

Caracteristicile **comunicării non-verbale** tipice persoanelor cu TSA sunt: lipsa menținerii contactului vizual, lipsa de expresivitate facială, a limbajului corporal sau poziții nefirești, înțelegerea viciată până la neînțelegerea semnificației comunicării non-verbale, ne-armonizarea acesteia cu cea verbală precum și utilizarea slabă a gesturilor în comunicare.

Deși își doresc relații apropiate cu ceilalți, persoanele cu TSA întâmpină reale provocări în **dezvoltarea și menținerea relațiilor**. Adesea nu reușesc să își modifice comportamentul pentru a se adecva contextului social. În perioada copilăriei, nu reușește să se implice în jocul imaginar și par a nu dezvolta interese pentru a împărtăși experiențe comune cu ceilalți.

În privința **tiparelor restrictive și repetitive de comportament și interes**, tabloul comportamental tipic include cel puțin două din următoarele comportamente/ caracteristici: mișcări motorii repetitive, folosirea obiectelor sau a vorbirii într-un mod stereotip, persistența asupra preocupării constante, într-un mod inflexibil, respectiv modele de comportament ritualizate, interese fixe foarte restrictive, neobișnuite fie în intensitate sau concentrare, asociate cu o hipo sau hiper-reactivitate la unii stimuli senzoriali sau o fixație neobișnuită a interesului pentru unele aspectele senzoriale ale mediului înconjurător (de ex. fascinație pentru obiecte strălucitoare sau o anumită textură a unei țesături, alinierea unor obiecte, scuturarea mâinilor, a unor obiecte, etc.). Se poate observa existența unui atașament puternic față de obiecte neobișnuite, persoana cu TSA dedicând mult timp acelui obiect sau acelei preocupări.

Registrul de expresivitate și de intensitate a acestor preocupări stereotipe este de asemenea larg, putând include de la un nivel scăzut de manifestare a paternurilor comportamentale și intereselor repetitive sau de la prezența unui număr mic a acestora la un nivel sever de afectare, atât ca număr de comportamente cât și ca frecvență de manifestare.

Datorită slabei dezvoltări a capacității de predictibilitate, persoanele cu TSA reacționează exagerat chiar și la schimbări mici în cadrul rutinelor obișnuite. Astfel, trecerea de la o activitate la alta se realizează cu greutate, modelele de gândire sunt inflexibile, au

ritualuri de a îndeplini o anumită activitate, aleg aceeași rută de deplasare între locații, indiferent de obstacole sau schimbările din mediu, prezintă fixații alimentare, având o gamă limitată de alimente pe care le acceptă. Tot în această arie de comportamente, poate fi observată prezența vorbirii repetitive, a ecolaliei sau a vorbirii idiosincratice.

Din punct de vedere senzorial, s-au constatat anomalii de funcționare precum indiferența la temperatură sau durere, în același timp manifestându-se la aceeași persoană, o hiper-sensibilitate la o anumită țesătură sau la cusăturile unui obiect de îmbrăcăminte sau intoleranță la sunetele dintr-un anumit registru auditiv. De asemenea, preocuparea sau modalitatea de interacțiune cu obiectul fascinației poate fi neobișnuită, poate fie fixa obiectul vizual mult timp, mirosi sau atinge excesiv acel obiect. În cazul în care activitatea descrisă mai sus este întreruptă, persoana cu TSA manifestă un distres puternic și se manifestă ca atare, declanșându-se de obicei o criză emoțională care, de cele mai multe ori, se încheie greu.

Etiologii posibile în TSA

Există mai mulți factori care pot influența apariția TSA. S-a demostrat în studiile pe gemeni și familii că factorul genetic are o influență covârșitoare, dar alături de acesta sunt alți factori pre și postnatali care pot contribui precum: stresul matern, vârsta mamei, diabetul matern, infecțiile și expunerea la neuro-toxine (Landrigan, 2010).

În cazul în care deja există într-o familie un copil afectat de TSA, există o probabilitate de aproximativ 20 % ca următorul copil să dezvolte TSA. Acest procent nu este unul fix, pentru unele familii poate fi mai mare, pentru altele mai mic. Astfel, înțelegerea etiologiei autismului este extrem de importantă, pentru a informa familiile persoanelor cu TSA asupra riscurilor recurente. Dacă, de exemplu, persoana este afectată de un tip de autism datorat anticorpilor materni, șansele de risc sunt de 99%, dar dacă factorii etiologici nu pot fi stabiliți cu exactitate, neexistând o legătură genetică clară, șansa de recurență este de unu la cinci.

Având în vedere că în 1980, impactul autismului era de 1 persoană afectată din 10.000 de copii, iar, în prezent impactul este de 1 la 68 de cazuri, nu putem să nu ne întrebăm de ce crește prevalența TSA. Dacă ipoteza factorilor genetici ar fi una concludentă, aceasta nu explică creșterea atât de rapidă. O altă posibilă explicație lansată este cea legată de creșterea nivelului de interes și de conștientizare a comunității asupra TSA, astfel explicându-se o mai bună recunoaștere a unor tablouri comportamentale care nu au fost bine încadrate din punct de vedere al diagnosticului, în trecut.

O altă perspectivă avansează ipoteza în care există factori în mediu care alterează susceptibilitatea genetică, afectând sistemul imunitar, crescând astfel riscul de a dezvolta

TSA, mai ales în modelele de dereglare imunitară maternă. Alți specialiști consideră că această creștere a prevalenței se datorează doar unei schimbări a etichetelor de diagnostic. Susțin acestă teorie prin dovezi istorice care atestă că persoane cu TSA au fost diagnosticate în trecut ca având dizabilități intelectuale. Dar trebuie să ținem cont de faptul că dovezile aduse nu sunt suficiente pentru a susține acestă teorie și, mai ales, nu s-a constatat o scădere proporțională a numărului de persoane diagnosticate cu dizabilități intelectuale.

Având în vedere faptul că pot fi identificate comportamente specifice de la o vârstă fragedă, se pune problema instruirii medicilor, cadrelor didactice și personalului din creșe, grădinițe și unități de învățământ primar să identifice și să ofere instruire adecvată nevoilor acestora. De asemenea, este nevoie de asistenți sociali, terapeuți, profesori de sprijin care să fie specific instruiți pentru a întâmpina nevoile persoanelor cu TSA pe parcursul vieții acestora (în gimnaziu, liceu, viața profesională, dacă este posibil), ajutându-i să dobândească un nivel cât mai înalt de independență și autonomie. În continuare, oamenii de știință depun eforturi pentru a descoperi potențialele cauze și posibile tratamente, dar, deocamdată, date concludente nu există.

Exemplu

Teoria minții este un termen introdus de psihologul american David Premack în 1978, într-un articol în care raporta rezultatele experimentelor efectuate pe cimpanzei. Premack dorea să afle dacă, și în ce sens, animalele au o „teorie a minții". Prin acest concept, psihologul dorea să exprime faptul că oamenii atribuie o gamă largă de stări mentale celorlalți, inclusiv intenții, speranțe, așteptări, dorințe și credințe.

O deficiență severă a persoanelor cu TSA este, conform Teoriei minții, achiziționarea completă a abilității de a înțelege că ceilalți oameni au propriile lor „minți", astfel având un model de gândire, intenții și scopuri proprii, uneori diferite de ale celorlalți (Schneider, 2014).

9.4. Tulburările de limbaj specifice persoanelor afectate de autism

Literatura de specialitate evidențiază că progresele în dezvoltarea persoanei cu autism sunt dependente de nivelul de dezvoltare al inteligenței și nivelul de dezvoltare al limbajului.

Datorită rolului de mediator al limbajului în dobândirea noilor achiziții, intervențiile terapeutice pentru persoanele afectate de TSA au o componentă consistentă de dezvoltare a limbajului, în toate formele sale, verbal, non-verbal, para-verbal (Rogers, Hayden, Hepburn, Charlifue-Smith, Hall, & Hayes, 2006).

Deși în DSM 5, tulburările de limbaj nu mai sunt considerate ca fiind simptome principale, totuși, marea majoritate a copiilor diagnosticați cu TSA prezintă deficiențe de limbaj. Studii recente arată că aproximativ 25% din populația afectată de TSA au abilități lingvistice la un nivel de dezvoltare normal comparativ cu covârstnicii fără TSA, 30% din populația afectată de TSA sunt non-verbali sau dețin abilități minimale, iar 45% sunt verbali, dar cu deficiențe de vorbire, care merg dincolo de limbajul pragmatic (Tager-Flusberg, 2018).

Întrucât adeseori TSA este diagnosticat destul de târziu, după vârsta de 3 ani, există informații lacunare despre modalitatea în care se realizează trecerea de la comportamentul comunicativ preverbal la cel verbal. Cercetările arată că această tranziție se realizează cu mare greutate sau deloc, etapa gânguritului debutând mai târziu, fiind „săracă în sunete, iar pattern-urile vocale nu se sincronizează cu cele ale îngrijitorilor" (Crișan, 2014, p. 90).

S-a observat că bebelușii cu TSA nu se orientează spre vocea mamei, nu sunt interesați în a răspunde vocal sau emoțional la orice stimulare verbală, nu indică gestual ceea ce vor, nu achiziționează abilitățile de imitație verbală în ritmul copiilor tipici (Cilia, Garry, Brisson, & Vandromme, 2018). Această întârziere a fost pusă pe seama deficitelor în achiziționarea abilităților de relaționare, de descifrare a indicatorilor socio-pragmatici și a celor de comprehensiune și utilizare a simbolurilor lingvistice.

Pentru a identifica elementele de specificitate în achiziționarea limbajului la copiii cu autism, cercetătorii și-au concentrat studiile pe comparația evoluției copiilor cu TSA cu traiectoriile de dezvoltare ale copiilor tipici. Dezvoltarea abilităților lingvistice se sprijină pe dezvoltarea motorie. Utilizarea mișcărilor motorii ritmice contribuie la comprehensiunea silabelor, dar pentru realizarea acestui deziderat este necesar ca persoana cu TSA să acorde atenție procesului (Bedford, Pickles, & Lord, 2015). Cum sugerau Bruyneel, Demurie, Warreyn, și Roeyers (2019), la toți copiii, nivelul abilităților motorii, la 10 luni par să influențeze direct nivelul de dezvoltare al limbajului la 36 de luni, precum și indirect, prin nivelul de dezvoltare al abilităților de concentrare a atenție la 14 luni.

Nu toți copiii cu TSA întâmpină dificultăți grave în achiziționarea limbajului, dar, chiar și cei care par a avea o evoluție relativ tipică la nivel de sintaxă (structura limbajului) și de semantică (semnificațiile cuvintelor), au dificultăți în privința aspectelor legate de limbajul pragmatic (Schoen Simmons, Paul și Volkmar, 2014). Elementele cele mai des întâlnite în

literatura de specialitate care susțin ipoteza deficitului în dezvoltarea limbajul pragmatic sunt: dificultăți în inițierea interacțiunii și în menținerea conversației, utilizarea limbajului stereotipat, expresii sau cuvinte idiosincratice (Larkin, Hobson, Hobson, & Tolmie, 2017), tendința de a întrerupe inoportun discursul interlocutorului, nedescifrarea expresiilor emoționale faciale ale interlocutorului, rigiditatea și inadaptarea limbajului, neînțelegerea funcțiilor întrebărilor (Crișan, 2014).

Specialiștii consideră că *limbajul tipic autist* cuprinde următoarele caracteristici: ecolalie, dificultăți în înțelegerea sensului figurat, a metaforei, a ironiei, utilizarea frecventă a neologismelor sau a unor cuvinte inventate, a unor expresii stereotipe, rutine verbale, inversarea pronumelui, afirmarea prin repetarea discursului interlocutorului și neutilizarea unui simplu „da", dificultatea achiziționării termenilor deictici (care indică localizarea contextuală, temporală sau spațială a unui element), elemente prozodice atipice (ton sau inflexiunea vocii), utilizarea limbajului doar ca modalitate de a regla mediul său (de a cere, de a protesta, etc.) și nu pentru pentru a inița interacțiuni, absența intenției comunicative, o vorbire monotonă, nazalizată, cu accentuarea refirească a cuvintelor.

Copiii achiziționează limbajul prin două modalități: analitic și gestaltic. Modalitatea analitică presupune trecerea de la holofrază la structuri lingvistice avansate, pe măsura achiziționării unor noi semnificații și a regulilor lingvistice. Modalitatea gestaltică presupune memorarea unor expresii și utilizarea lor, fără a fi însoțite neapărat de înțelegerea semnificației cuvintelor din expresii. Copiii tipici renunță la acestă modalitate în jur de 3 ani, dar o mare parte dintre copiii cu TSA îl folosesc ca stil predominant, afectând construirea unei structuri gramaticale corecte.

Exprimarea ecolalică, chiar și la vârsta adultă este o caracteristică tipică în TSA, atât cu funcție comunicativă, cât și non-comunicativă. Copilul cu TSA poate repeta, cu intonație chiar, anumite structuri lingvistice preluate din contexte și medii diferite. Studiile de specialitate au stabilit că există două tipuri de comportament verbal ecolalic: ecolalia imediată și cea întârziată. Ecolalia imediată constă în repetarea unor structuri linvistice pe care copilul le-a auzit în trecutul foarte apropiat, iar cea întârziată se manifestă prin repetarea unor cuvinte, sintagme, expresii care au fost auzite cu mai mult timp în urmă, secvența temporală extinzându-se de la ore până la ani.

Unii specialiști definesc *ecolalie sofisticată,* capacitatea persoanelor cu TSA, cu un nivel ridicat de funcționare (Sindrom Asperger) de a reda fraze complicate și lungi, corecte din punct de vedere gramatical, dar fără a înțelege neapărat complet sensul cuvintelor emise.

Exemple

Pentru a observa limbajul ecolalic tipic copiilor cu TSA, vă recomandăm să accesați link-ul: https://www.youtube.com/watch?v=xidivV9wmbg

Copiii verbali cu TSA pot prezenta întârzieri în dezvoltarea vorbirii, tulburări de articulare, deficite în limbajul pragmatic (Mody, & Belliveau, 2013).

9.5. Terapia logopedică

Modelele teoretice – fundamente ale intervenției logopedice

Intervențiile logopedice pentru persoanele afectate de TSA au la bază teoriile învățării behavioriste sau cele ale învățării contextualizate. Specialiștii care au ales orientările behavioriste sau cognitiv - comportamentale au dezvoltat programe de intervenție în care persoana cu autism este învățată anumite comportamente, urmărindu-se un curriculum prestabilit.

O importanță sporită se acordă în aceste programe obținerii atenției persoanei afectate înainte de sarcina de lucru. Predarea directă a comportamentelor se realizează prin trunchierea comportamentului în secvențe mici, în înlănțuire logică, predominând ca metode de predare demonstrația și modelarea. Dacă modelarea nu se realizează de la sine, utilizându-se învățarea prin imitație, persoana cu TSA este promptată să realizeze acest lucru. Întărirea comportamentului obținut (prin recompense și pedepse) reprezintă un aspect pivotal al intervenției, fiind modalitatea principală de a motiva persoana cu TSA să participe la terapie.

Etapele de intervenție pentru achiziționarea comportamentelor de comunicare din această paradigmă urmăresc linia firească a dezvoltării limbajului. Astfel, prin intervenții specifice, cu un nivel ridicat de simplitate, se urmărește răspunsul la instrucțiuni, dezvoltându-se limbajul receptiv. În a două etapă, scopul intervenției este de a imita comportamentele motorii pre-verbale și verbale pe care terapeutul le inițiază. După achiziționarea acestora, intervenția se focalizează pe imitarea vorbirii. Învățarea prin asociere este intens utilizată pentru predarea – învățarea abilităților lingvistice cu un nivel mai ridicat de complexitate precum și în învățarea expresivității limbajului.

Intervențiile logopedice pentru persoanele afectate de TSA care au la bază teoriile învățării contextualizate diferă de cele prezentate anterior prin următoarele aspecte:

- Contextul în care învățarea are loc este unul mai apropiat de mediul de viață al copilului sau chiar mediul lui natural;

- Intervențiile au la bază comportamente pe care copilul le inițiază, obținerea obiectelor, activităților pe care persoana cu TSA și le dorește fiind considerată recompensa comportamentului.

Se utilizează un stil de predare incidental, metoda de predare principală fiind tot modelarea, urmărindu-se obținerea unor răspunsuri comportamentale de bază pentru construirea altor abilități. Deși utilizează aceeași metodă de predare, terapeutul urmărește fluxul pe care copilul îl decide. Logopedul nu inițiază, nu îl direcționează pe acesta spre obținerea unor comportamente prestabilite, ci îi dă posibilitatea persoanei cu TSA să inițieze interacțiunea. În acestă abordare se acordă o atenție deosebită generalizării comportamentelor verbale și extinderii utilizării lor în contexte variate, cu persoane diverse.

Indiferent de abordarea terapeutică aleasă, pentru a obține rezultate bune, se recomandă un efort susținut de 25 -40 ore/săptămână, în medii terapeutice bine structurate sau acasă, intervenia fiind de 1 (logoped) la 1 (copil cu TSA) (Rogers et all., 2006).

Într-o cercetare în care s-au investigat predictorii comportamentali ai limbajului receptiv și expresiv ai unui grup de 160 de copii mici, s-a decoperit că imitația, jocul, gesturile, atenția împărtășită, cogniția non-verbală, abilitățile motorii sunt predictori foarte buni ai dezvoltării limbajului. În urma aplicării regresiei ierarhice, predictorul cel mai puternic s-a dovedit a fi utilizarea gesturilor, întrucât combină acțiunea altor predictori precum atenția împărtășită, abilitățile motorii (Luyster, Kadlec, Carter, Tager-Flusberg 2008).

Ordinea activităților de învățare a abilităților lingvistice, dintr-o sesiune de terapie logopedică, pe care o propun Rogers și colaboratorii săi este următoarea:

1. Dezvoltarea comunicării nonverbale prin interacțiuni sociale, utilizând strategii de predare naturaliste și jocuri motivante pentru copil. În acestă etapă se formează capacitatea de a utiliza gesturile pentru comunicarea intențională (a cere, a iniția, a protesta, a felicita etc.).
2. Dezvoltarea abilităților de imitare a acțiunii unor obiecte, a mișcărilor corporale și a celor orofaciale, a onomatopeelor prin activități de joc.
3. Dezvoltarea abilităților de înțelegere receptivă a tehnicii comportamentaliste în care copilul este pus în situația de executa comenzi simple (așează-te, vino aici, ridică-te etc.).
4. Dezvoltarea abilităților de asociere a obiectelor, a obiectelor cu imaginile acestora.
5. Creșterea aproximărilor verbale a cuvintelor pe care le-a învățat în etapele anterioare, prin strategii de modelare a comportamentului, utilizându-se strategii de întărire a comportamentului (Rogers et all, 2006, p. 1009).

Se recomandă utilizarea modalităților tactil-kinestezice de interacțiune cu lumea înconjurătoare, cu mediul structurat din cadrul sesiunilor de terapie, pentru a forma reprezentări ale obiectelor utilizate în terapie, stabilirea unor obiective specifice ale sesiunii de lucru, determinarea unor priorități în dezvoltarea unui fond lexical funcțional, stimulare motorie în producerea răspunsului dorit, producerea silabelor, a cuvintelor și generalizarea ulterioară a folosirii acestora.

Cercetări recente recomandă utilizarea unei terapii în care logopedul să implice membrii familiei persoanei cu TSA, devenind co-terapeuți sau prin continuarea terapiei în mediul de acasă. În felul acesta, sunt recunoscute cunoștințele și abilitățile familiei și devin factorii de decizie în cadrul procesului terapeutic (Seligman & Darling, 2007), având beneficii atât pentru copii, cât și pentru părinți. Copiii beneficiază de implicarea părinților în terapie, ajungând la o intervenție mult mai eficientă și cu rezultate îmbunătățite în achiziționarea limbajului (Hampton & Kaiser, 2016), iar părinții, prin acestă implicare, își dezvoltă abilitățile parentale, reduc nivelul de stres, conflictele maritale și generează interacțiuni pozitive între membrii familiei (Kuravackel, Ruble, Reese, Ables, Rodgers, & Toland, 2018).

În dobândirea abilităților lingvistice ale copiilor cu TSA se pot utiliza tehnologii asistive de comunicare, augumentative și alternative. Comunicarea prin schimbul de imagini (PECS), dezvoltat în 1994 de Bondy A. și Frost L., a cunoscut îmbunătățiri succesive pentru a se putea utiliza la mai multe categorii de vârstă (Charlop-Christy, et all, 2002). Este un sistem de comunicare agreat de practicieni prin accesibilitatea și comprehensibilitatea sa, dezvoltând competențele de comunicare funcțională a copiilor non-verbali. Interacțiunea vizuală augumentată a fost dezvoltată de Siegel, B. în 2003 (Siegel, 2004). Aceasta vizează tot formarea competențelor de comunicare funcțională prin stimularea comunicării non-verbale și urmărirea focusării privirii persoanei cu TSA, prin simplificarea limbajului utilizat și dezvoltarea abilităților de a înțelege că ceilalți au propriile sisteme de gândire (Teoria minții).

O terapie/ tehnică considerată eficientă în terapia persoanelor cu TSA dar și a altora cu deficiențe intelectuale este ABA (Applied Behaviour Analysis), analiza aplicată a comportamentului, dezvoltată de Lovaas, în 1987 (Hilton, & Seal, 2007). Programul are ca scop nu doar dezvoltarea abilităților lingvistice, ci și pe cele de autonomie personală, dezvoltarea capacității de concentrare a atenției și dezvoltarea abilităților de imitare.

Exemple

Compunere scrisă de un copil cu TSA, înalt funcțional, înscris într-un program de dezvoltare a abilităților sociale

„Numele meu este Juanita. Câteodată, copiii mă ajută. Să fii de ajutor este un lucru prietenos de făcut. Multor copii le place să fie ajutați. Pot învăța să ajut alți copii.

Câteodată, copiii vor cere ajutorul. Cineva poate întreba, „Știi în ce zi suntem azi?" sau „La ce pagină suntem?" sau poate altceva.

Să răspund la acea întrebare este de ajutor. Dacă știu răspunsul, pot răspunde la întrebarea lor. Dacă nu știu răspunsul, pot încerca să ajut ca elev să găsească răspunsul.

Câteodată, un copil se poate muta și uita în jur, fie sub bancă, în bancă sau pe lângă bancă. Ei pot căuta ceva. Eu aș putea ajuta. Aș putea spune, „Pot să te ajut să cauți ceva?"

Sunt și alte feluri în care pot ajuta. Acesta este lista mea de feluri în care pot ajuta alți copii. "

Sursă: Attwood, T. (2000). Strategies for improving the social integration of children with Asperger's syndrome, *Autism*, 4, 85-100.

Rezumat

Structura de descriere a severității tulburării se face în funcție de 3 niveluri de suport. La primul nivel sunt încadrate persoanele cu TSA care au nevoie de spriijin, sunt verbali, dar au dificultăți în inițierea și susținerea interacțiunilor cu ceilalți, prezintă un interes scăzut în a forma relații și prezintă comportamente repetitive și restrictive care pot afecta funcționarea în câteva contexte.

A doua categorie de diagnostic include persoanele care au nevoie de mai mult sprijin, întrucât deficitele în interacțiunile sociale sunt o provocare chiar dacă beneficiază de sprijin. Frecvența și intensitatea comportamentelor repetitive sunt evidente și afectează conduita în contexte variate. Încercările de redirecționare sau întrerupere a comportamentului generând distres.

Nivelul trei de diagnostic include manifestări severe a tulburării. Persoanele cu TSA pot prezenta deficiențe grave de limbaj verbal și non-verbal, inițiind sau răspunzând extrem de puțin stimulilor sociali iar comportamentele repetitive sunt prezente în toate contextele.

Diagnosticul de TSA poate fi pus, urmărind criteriile din DSM, doar de echipa multidisciplinară care trebuie să conțină minim un medic și un specialist psiholog. Evaluarea se face în urma analizei anamnezei și a istoricului medical, a observațiilor comportamentale, a interviurilor cu aparținătorii.

Persoanele afectate de TSA prezintă limitări severe mai ales în ceea ce privește comportamentele care dovedesc reciprocitatea socială și emoțională, abilitățile de comunicare verbală și non-verbală și dificultăți în inițierea și menținerea relațiilor sociale adecvate social.

Factori care pot influența apariția TSA sunt factorul genetic ce are o influență covârșitoare, dar alături de acesta sunt alți factori pre și postnatali care pot contribui precum: stresul matern, vârsta mamei, diabetul matern, infecțiile și expunerea la neuro-toxine

Literatura de specialitate evidențiază că progresele în dezvoltarea persoanei cu autism sunt dependente de nivelul de dezvoltare al inteligenței și nivelul de dezvoltare al limbajului. Datorită rolului de mediator al limbajului în dobândirea noilor achiziții, intervențiile terapeutice pentru persoanele afectate de TSA au o componentă consistentă de dezvoltare a limbajului, în toate formele sale, verbal, non-verbal, para-verbal (Rogers et all, 2006).

Intervențiile logopedice pentru persoanele afectate de TSA au la bază teoriile învățării behavioriste sau cele ale învățării contextualizate. Specialiștii care au ales orientările behavioriste sau cognitiv - comportamentale au dezvoltat programe de intervenție în care persoana cu autism este învățată anumite comportamente, urmărindu-se un curriculum prestabilit.

O terapie/ tehnică considerată eficientă în terapia persoanelor cu TSA dar și a altora cu deficiențe intelectuale este ABA (Applied Behaviour Analysis), analiza aplicată a comportamentului.

Bibliografie

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5thedn.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Bedford, R., Pickles, A., & Lord, C. (2015). Early gross motor skills predict the subsequent development of language in children with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 1–9. https://doi.org/10.1002/aur.1587.
3. Bruyneel, E., Demurie, E., Warreyn, P., & Roeyers, H. (2019). The mediating role of joint attention in the relationship between motor skills and receptive and expressive language in siblings at risk for autism spectrum disorder. *Infant Behavior and Development*, *57*, 101377.
4. Catalá-López, F., Ridao, M., Hurtado, I., Núñez-Beltrán, A., Gènova-Maleras, R., Alonso-Arroyo, A., ... & Tabarés-Seisdedos, R. (2019). Prevalence and comorbidity of autism spectrum disorder in Spain: study protocol for a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Systematic reviews*, *8*(1), 141.
5. Charlop-Christy, M. H., Carpenter, M., Le, L., LeBlanc, L. A., & Kellet, K. (2002). Using the picture exchange communication system (PECS) with children with autism: Assessment of PECS acquisition, speech, social-communicative behavior, and problem behavior. *Journal of applied behavior analysis*, *35*(3), 213-231.
6. Cilia, F., Garry, C., Brisson, J., & Vandromme, L. (2018). Attention conjointe et exploration visuelle des enfants au développement typique et avec TSA: synthèse des études en oculométrie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *66*(5), 304-314.
7. Crișan, C. (2014). *Tulburările din spectrul autist. Diagnoză, evaluare, terapie*. Cluj: Eikon.
8. GBD (2017). Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 390 (10100):1211–59. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2.
9. Hampton, L. H., & Kaiser, A. P. (2016). Intervention effects on spoken-language outcomes for children with autism: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Intellectual Disability Research, 60*, 444–463.

10. Hilton, J. C., & Seal, B. C. (2007). Brief report: comparative ABA and DIR trials in twin brothers with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, *37*(6), 1197-1201.
11. Kuravackel, G.M., Ruble, L.A., Reese, R.J., Ables, A.P., Rodgers, A.D., & Toland, M.D. (2018). COMPASS for Hope: Evaluating the effectiveness of a parent training and support program for children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 48*, 404-416
12. Landrigan, P. J. (2010). What causes autism? Exploring the environmental contribution. *Current opinion in pediatrics*, *22*(2), 219-225.
13. Larkin, F., Hobson, J. A., Hobson, R. P., & Tolmie, A. (2017). Collaborative competence in dialogue: Pragmatic language impairment as a window onto the psychopathology of autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *43*, 27-39.
14. Lugo-Marín, J., Magán-Maganto, M., Rivero-Santana, A., Cuellar-Pompa, L., Alviani, M., Jenaro-Rio, C., ... & Canal-Bedia, R. (2019). Prevalence of psychiatric disorders in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *59*, 22-33.
15. Luyster, R. J., Kadlec, M. B., Carter, A., & Tager-Flusberg, H. (2008). Language assessment and development in toddlers with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, *38*(8), 1426-1438.
16. Mannion, A., & Leader, G. (2013). Comorbidity in autism spectrum disorder: A literature review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *7*(12), 1595-1616.
17. McPartland, J. C., Reichow, B., & Volkmar, F. R. (2012). Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51*(4), 368-383.
18. Mody, M., & Belliveau, J. W. (2013). Speech and language impairments in autism: insights from behavior and neuroimaging. *North American journal of medicine & science*, *5*(3), 157.
19. Rodrigues, J. M., Mestre, M., & Fredes, L. I. (2019). Qigong in the treatment of children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of integrative medicine*. https://doi.org/10.1016/j.joim.2019.04.003
20. Rogers, S. J., Hayden, D., Hepburn, S., Charlifue-Smith, R., Hall, T., & Hayes, A. (2006). Teaching young nonverbal children with autism useful speech: A pilot study of the Denver model and PROMPT interventions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *36*(8), 1007-1024.

21. Roșan, A. (ed.) (2015). *Psihopedagogie specială. Modele de evaluare și intervenție*. Iași, România: Polirom.
22. Schneider, B. (2014). *Autism spectrum disorders. In Child Psychopathology: From Infancy to Adolescence* (pp. 372-393). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511978883.021
23. Schoen Simmons, E., Paul, R., & Volkmar, F. (2014). Assessing pragmatic language in autism spectrum disorder: The Yale in vivo pragmatic protocol. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, *57,* 2162–2173.
24. Seligman, M., & Darling, R. B. (2007). *Ordinary families, special children: A systems approach to childhood disability* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
25. Siegel, B. (2004). VIA. Visual Interaction Augmentation. *Autism News of Orange County & and the Rest of the World*, *3*, 7-11.
26. Tager-Flusberg, H. (2018). Early predictors of language development in autism spectrum disorder. *Sources of variation in first language acquisition: Languages, contexts, and learners*, 391-408.

TEMA DE CONTROL 3 (TC3)

Realizați un referat în care să descrieți limbajul pragmatic. Structura referatului este următoarea: definiția, caracteristicile, metode de intervenție, bibliografie (cf. APA).

Indicații: Referatul va avea maxim 2 pagini Word (marginile paginilor 2,5 cm fiecare latură, scris cu Times New Roman, 12, spațiere 1,5).

Sugestii bibliografice:

- Hatton, C. (1998). Pragmatic language skills in people with intellectual disabilities: A review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, *23*(1), 79-100. https://search.proquest.com/central/docview/214927111/fulltextPDF/5F48B96AFE9D45E7PQ/1?accountid=7257
- Parsons, L., Cordier, R., Munro, N., Joosten, A., & Speyer, R. (2017). A systematic review of pragmatic language interventions for children with autism spectrum disorder. *PloS one*, *12*(4). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5398499/pdf/pone.0172242.pdf
- De Marchena, A., & Eigsti, I. M. (2016). The art of common ground: Emergence of a complex pragmatic language skill in adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of Child Language*, *43*(1), 43-80. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4764348/pdf/nihms720656.pdf

Unitatea de învăţare U.I.10.

Abordări terapeutice în tulburările de limbaj și comunicare

Cuprins

10.1. Introducere 147
10.2. Competențe 147
10.3. Tipuri de terapii logopedice..... 148
10.4. Terapia logopedică cu caracter general..... 152

10.1. Introducere

Această unitate de învățare prezintă diferențele existente între tehnicile logopedice. Se aduc argumente științifice privind adecvarea tehnicilor specificului logopaților. Sunt discutate aspectele esențiale ale procesului de terapie logopedică. De asemenea, se oferă exemple de exerciții specifice de dezvoltare a mobilității aparatului fono-articulator, de orientare spațio-temporală și conștientizare fonologică.

10.2. Competențele unității de învățare

După parcurgerea acestei unități, studenții vor fi capabili:

- *Să delimiteze tipurile de abordări în terapia logopedică.*
- *Să identifice tipuri diferite de exerciții de dezvoltare a mobilității aparatului fono-articulator*
- *Să conceapă exerciții de orientare spațio-temporală;*
- *Să construiască un demers de intervenție pentru conștientizare fonologică.*

Durata medie de parcurgere a acestei unităţi de învăţare este de 2 ore.

10.3. Tipuri de terapii logopedice

Scopul activităților de terapie logopedică este de a asigura persoanei afectate de o tulburare de limbaj și comunicare cât mai multe șanse de participare la viața socială și de a obține un nivel ridicat de calitate a vieții. Există mai multe abordări ale procesului logopedic, care au specificul lor. Cele mai cunoscute sunt:

- Abordările centrate pe familie, incluzând aici și instruirea părinților;
- Terapia logopedică individuală sau de grup;
- Terapia directivă (des utilizată la copiii cu vârste până în 3 ani), pentru că se pune accent deosebit pe însușirea unui limbaj corect și utilizarea regulilor gramaticale;
- Terapia non-directivă (mai ales pentru copiii peste 3 ani), întrucât învățarea situațională este ușor de asimilat prin modelare sau focalizarea indirectă asupra structurilor lingvistice deficitare (am Zehnhoff-Dinnesen, Wiskirska-Woznica, Neumann, & Nawka, 2020).

Indiferent de tipul de terapie logopedică ales, odată ce a fost diagnosticată o tulburare de limbaj și comunicare, planul terapeutic trebuie implementat cât mai curând. Atunci când logopatul este un copil, se dorește ca diagnosticarea și implementarea terapiei să înceapă la o vârstă cât mai fragedă, pentru a evita posibile consecințe negative asupra dezvoltării psihice a copilului precum și evitarea afectării performanței școlare. Dacă logopatul este adult, principiul intervenției timpurii rămâne valabil, pentru a permite setarea unei stări mentale pozitive, de control a evoluției afecțiunii, acolo unde este posibil.

Planul de terapie logopedică va fi construit în funcție de nevoile clientului, de afecțiunea acestuia și de contextele sociale specifice și va conține scopuri clare de recuperare, definite în funcție de rezultatele evaluării inițiale. Dacă terapia logopedică este parte dintr-un plan de recuperare mai amplu a unor funcții specifice, logopedul va coopera cu restul echipei multidisciplinare: medici (neurolog, ORL, pediatru, cardiolog), audiometrist, kinetoterapeut, fizioterapeut, terapeut ABA, profesor itinerand, asistent social, părinți, aparținători etc. Evaluările formative vor fi dese și vor permite modificarea planului terapeutic în funcție de rezultatele obținute. Protocolul de lucru va include fișe de observații, teste normative standardizate, pentru a monitoriza progresele obținute. Noi obiective de recuperare se vor propune, pe măsură ce abilitățile vizate se dezvoltă / recuperează, în funcție de necesitățile logopatului.

Abordările terapiei logopedice centrate pe familie

Părinții sau aparținătorii, dacă se implică în procesul terapeutic, reprezintă persoane resursă, care pot grăbi recuperarea logopatului sau dobândirea unor abilități. Părinții nu sunt doar cei care își dau acordul pentru derularea terapiei, sunt principala sursă de suport psihologic dar și surse primare de informații care se pot dovedi esențiale în diagnosticarea tulburării și în conturarea programului terapeutic.

Acest tip de abordare terapeutică a început să fie folosită încă din 1950, dar a fost cu adevărat recunoscută la sfârșitul anilor 1980, când au fost publicate liniile directoare a acestei abordări în terapia copiilor cu nevoi speciale (Shelton, Jeppson and Johnson, 1987). Prin acest document, se recunoștea public, rolul important al familiei în viața copilului cu dizabilități, se conturau politici, programe de susținere a familiei persoanei cu dizabilități, se proiectau servicii de sprijin adecvate.

Abordarea centrată pe familie a fost definită ca fiind „o combinație de credințe și practici care definesc modul particular de lucru cu familiile care sunt instruite și pot îmbunătății competențele" [copiilor] (Dunst, Johanson, Trivette and Hamby, 1991, p. 115). Definită în acest mod, în terapia logopedică nu mai este important doar ceea ce se încearcă a forma, ci și modalitatea în care acest proces are loc, devine importantă.

Caracteristic acestei abordări este necesitatea stabilirii unui parteneriat real profesionist - părinte, mobilizarea familiei și a altor resurse în demersul recuperativ, implicarea familiei în luarea deciziilor precum și o concentrare pe aspectele pozitive, pe abilitățile deja achiziționate ale copilului, nu pe deficitul acestuia. Pentru a implica părinții/ aparținătorii în procesul terapeutic, este necesară măcar o informare minimală a acestora, explicarea procedurilor și a scopurilor acestora precum și instruirea adecvată a membrilor din familie care vor sprijini terapia logopedică (Espe-Sherwindt, 2008).

Exemplu

Într-un studiu de sinteza a literaturii de specialitate pe tema colaborării dintre terapeut și părinte, autorii concluzionează astfel: „terapeuții trebuie să se „coboare de pe piedestalul" profesionalismului ... pentru a învăța de la și a împărtăși perspectivele și expertiza pe care părinții le aduc procesului de colaborare" (Hanna, & Rodger, 2002, p. 21).

Terapia directivă

Tehnicile logopedice directive, de origine behavioristă, deși adesea au fost criticate ca fiind „rigide, clinice", artificiale, sunt considerate adecvate în multe cazuri (Law, Garrett, & Nye, 2003). Specialiștii au ajuns la concluzia că sunt adecvate pentru copiii cu vârste până în 3 ani, precum și pentru copiii cu dificultăți grave, dar cu un nivel bun de inteligență (Yoder, Kaiser, Alpert, 1991). Principalele tehnici utilizate în această abordare sunt cele orientate spre problemă, cum ar fi tehnica de contrast fonologic, în care logopedul este cel care decide care vor fi materialele utilizate pentru a atinge obiectivele stabilite și tehnica vocabularului de bază, care este directivă, dar materialele sunt alese de copil (Holm, Dodd, 1999).

Tehnicile logopedice directive propun demersuri șablonate, cu risc mic de imprevizibilitate, cu un algoritm bine stabilit, de la simplu la complex, de la exerciții de respirație, dezvoltarea musculaturii aparatului fono-articulator, producerea sunetelor, silabelor, cuvintelor, propozițiilor și apoi a frazelor. În fazele avansate ale terapiei se exercită utilizarea achizițiilor în contexte variate.

Observăm că, în practică, întâlnim o varietate de tehnici și strategii logopedice, care au originile în principalele paradigme din psihologie și științele educației (behaviorism, cognitivism, constructivism). Sunt folosite cu succes, tehnici extrem de structurate (conduse de logoped, comportamentaliste), tehnici hibrid (care permit copilului să exploreze cu curiozitate și interes stimuli pregătiți în avans de logoped) precum și cele considerate non-directive, abordări mai naturaliste, în care terapeutul este condus de către copil și ajustează terapia prin joc, în mediul natural al copilului (Wade, Haynes, 1986).

Terapia non-directivă

Terapia non-directivă reprezintă una dintre tehnicile de terapie logopedică care permite copiilor să își dezvolte abilitățile de comunicare, fără a simți că este într-un context terapeutic. Jocul este principala formă de organizare, întrucât este o activitate obișnuită a copilului. Deoarece are la bază învățarea situațională, copilul învață strategii variate de a comunica în situații diferite. Principalele tehnici utilizate sunt modelarea comportamentului lingvistic și focalizarea indirectă asupra structurilor lingvistice deficitare. Principiile care stau la baza acestei terapii sunt cele ale dezvoltării cognitive (Cogher, 1999).

Specialiștii consideră că marile avantaje ale utilizării acestor tehnici logopedice sunt date de modul de percepere a terapiei de către client. Astfel, creșterea încrederii în sine, sentimentul de libertate și încrederea de a se exprima fără teama de respingere, corectări

multiple sau repetări multiple ale unor sintagme necontextualizate, neinteresante, care nu sunt conectate la lumea lor imediată și subiectivă sunt câteva dintre rezultatele pozitive produse de aceste tehnici.

Indiferent de tehnicile utilizate, demersul logopedic poate fi construit răspunzând la întrebările din Fig. nr. 10.3.1. Managementul intervenției logopedice (adaptare după Dodd, 2013, p. 122). Răspunsurile la aceste întrebări permit minimizarea riscurilor unor terapii logopedice ineficiente precum și anticiparea influenței unor factori importanți.

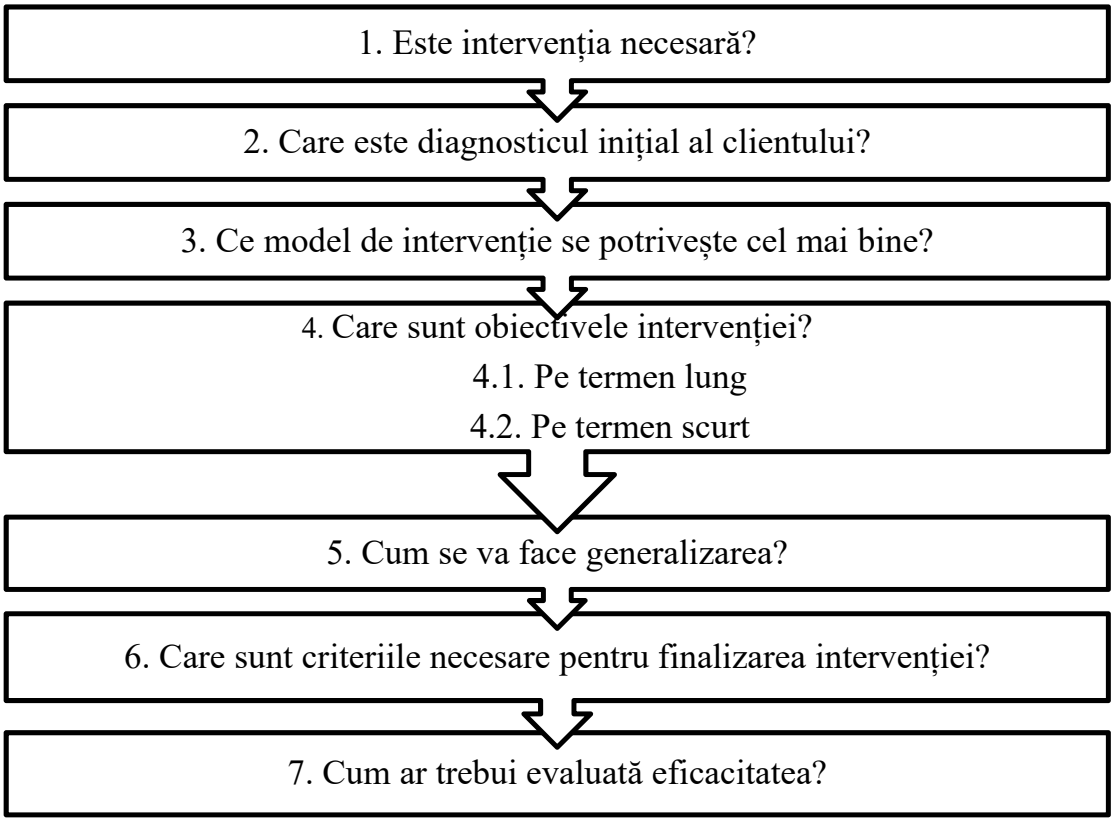

1. Este intervenția necesară?
2. Care este diagnosticul inițial al clientului?
3. Ce model de intervenție se potrivește cel mai bine?
4. Care sunt obiectivele intervenției?
4.1. Pe termen lung
4.2. Pe termen scurt
5. Cum se va face generalizarea?
6. Care sunt criteriile necesare pentru finalizarea intervenției?
7. Cum ar trebui evaluată eficacitatea?

Fig. 10.3.1. Managementul intervenției logopedice (adaptare după Dodd, 2013, p. 122)

Exercițiu

Particularizați utilizarea acestei scheme, în cazul unui copil de 4 ani, nediagnosticat, dar suspect de TSA și întîrziere în dezvoltarea limbajului, ai căror părinți muncesc în străinătate, fiind crescut de o bunică.

10.4. Terapia logopedică cu caracter general – abordare directivă

Dintr-un punct de vedere directiv, terapia logopedică presupune un algoritm de exerciții ce trebuie respectate cu strictețe pentru a putea avea rezultatele dorite. Orice demers logopedic sau de stimulare al limbajului începe cu o serie de *exerciții de stimulare a mobilității aparatului fono-articulator*. Precum în cazul orelor de educație fizică, unde este necesară „încălzirea" musculaturii. În această abordare logopedică, demersul începe cu antrenarea mușchiilor feței, a limbii, a obrajilor și a buzelor.

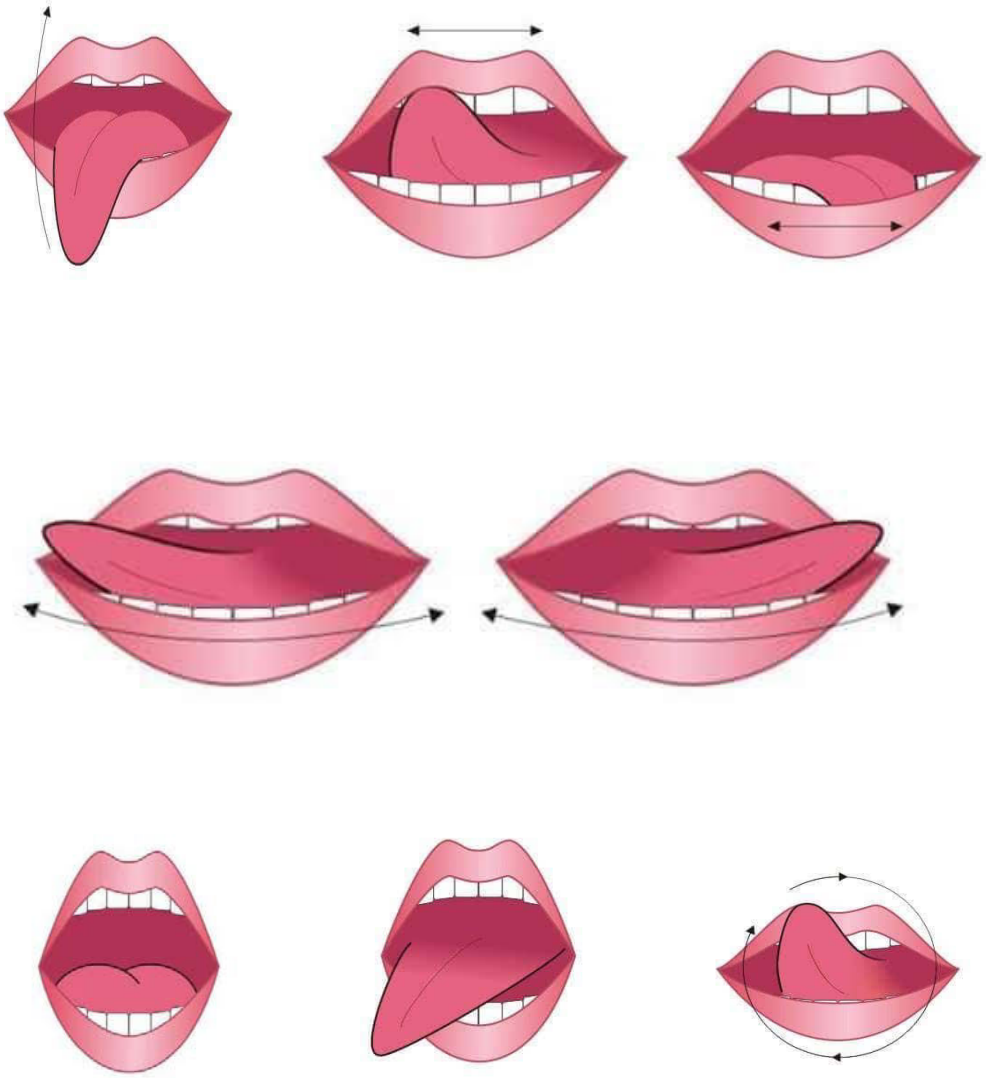
Cele mai des folosite exerciții în terapia logopedică presupun:

- exerciții de dezvoltare a musculaturii maxilarelor (închiderea și deschiderea gurii),
- alternările buzelor (buza de sus peste buza de jos și invers),
- vibrarea buzelor,
- mușcarea ușoară a buzelor alternativ (mușcăm buza de sus cu dinții de jos și invers),
- clanțănirea dinților,
- exerciții de dezvoltare a musculaturii limbii (poziționarea acesteia în diferite locuri din cavitatea bucală, sus/ jos, în exteriorul cavității bucale, peste buza de jos, apoi peste buza de sus, rotirea limbii) (exemple se găsesc în Fișa 10.1 Exerciții de gimnastică facială, mișcări ale buzelor),
- atingerea continuă a dinților cu limba,
- exerciții pentru dezvoltarea musculaturii obrajilor (umflarea și sugerea obrajilor, masarea obrajilor, pișcarea lor ușoară, stimularea senzorială cu dispozitive special concepute),
- imitarea anumitor stări emoționale (atât pentru recunoașterea limbajului non-verbal, cât și pentru exersarea musculaturii feței),
- exerciții pentru întărirea musculaturii vălului palatin (căscat, deglutiție, tuse) (Vrăsmaș, Mușu, Stănică, 1997).

Aceste exerciții se realizează de obicei în fața oglinzii, de către logoped și logopat în același timp sau succesiv, prin demonstrație și modelare. Dacă terapia logopedică este la început, acestea vor ocupa o mare parte din timpul ședinței. Chiar dacă clientul avansează și progresează pe parcursul mai multor ședințe, nu se renunță total la aceste exerciții. Ele doar vor ocupa o secvență mai mică de timp.

Exemplu

Fișa 10.1 Exerciții de gimnastică facială, mișcări ale buzelor



O altă componentă esențială o reprezintă *educarea respirației*. Actul vorbirii se realizează în timpul expirației coloanei de aer dar, putem întâlni persoane care prezintă tulburări de ritm și fluență a vorbirii tocmai datorate unei respirații deficitare.
Printre exercițiile de respirație putem enumera:

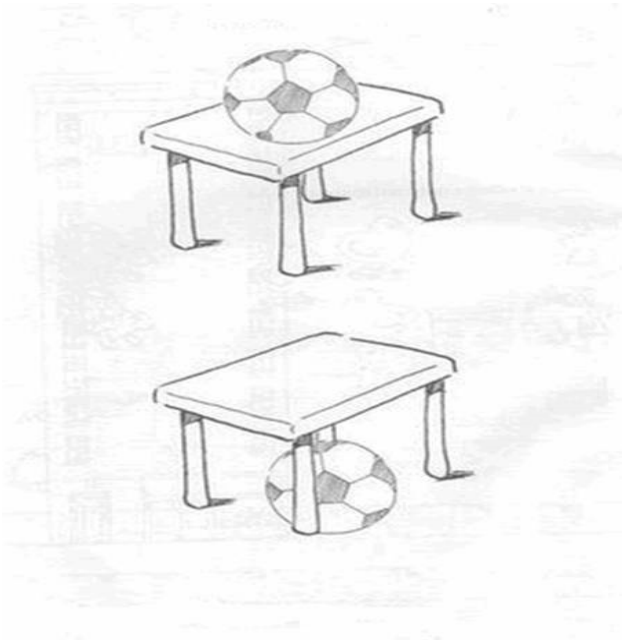
- Exerciții de inspir și expir,
- Formarea unui sistem echilibrat de control al respirației,
- Umflarea obrajilor,
- Exerciții complexe de combinare a reglării respirației cu controlul muscular al obrajilor și buzelor prin reținerea aerului în cavitatea bucală și altenarea lui cand într-un obraz, când în celălalt (aici se poate introduce un joc, însoțit de un cântecel ce imită o activitate de autonomie personală precum clătirea dinților după spălare),
- Aburirea oglinzii logopedice,
- Suflarea și mișcarea unor bobițe, fragmente de hartie sau alte materiale ușoare așezate pe o suprafață plană,
- Formarea unor balonașe într-un pahar cu apă cu ajutorul unui pai, etc.

Dezvoltarea auzului fonematic se realizează prin exerciții de discriminare perceptivă, de articulare și de dezvoltare a ritmului. Sunt propuse variate exerciții de pronunție de onomatopee, de imitare a sunetelor preluate atât din mediul înconjurător cât și din mediul de viață al copilului, produse de oameni, animale, obiecte, mașini, de pronunție a unor serii de sunete fără sens, pentru exersarea grupurilor de sunete deficitare (Fișa nr. 10.3 Exemple de silabisiri), exerciții de identificare a poziției sunetului în cuvânt (la începului acestuia, la mijloc, la sfârșit), exerciții de conștientizare a rimei și de percepere și redare a unor ritmuri diferite.

Este important de precizat că orice activitate logopedică, mai ales la vârsta preșcolară și școlară mică, trebuie să se realizeze prin joc. Jocul reprezintă activitatea de bază a copiilor din aceste stadii de vârstă, formarea abilităților realizându-se mult mai ușor utilizând această formă de activitate. De asemenea, în cazul în care s-a constatat, în evaluările inițiale, prezența unor dificultăți în orientarea spațio-temporală, logopedul va propune exerciții de însușire a noțiunilor de sus/ jos, stânga/ dreapta, deasupra/ dedesubt, între, plin/ gol (Fișa 10.2 Orientare spațială). La fel va proceda și pentru orientarea temporală. După încălzirea musculaturii aparatului fono-articulator și alte exerciții pregătitoare, logopedul continuă cu un set de exerciții individualizate, specifice tulburării fiecărui individ în parte.

Fișa 10.2 Orientare spațială

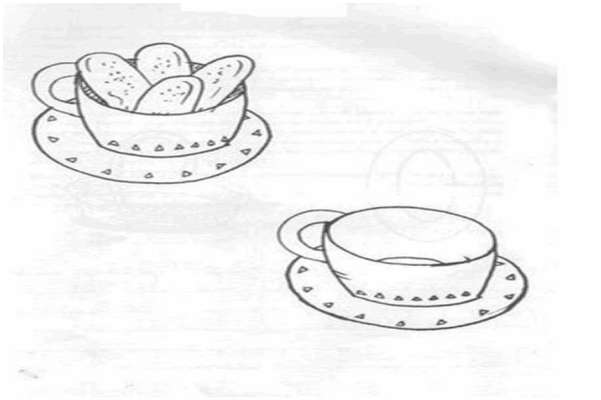
1. **Indică poziția mingiei în ambele imagini.**



2.

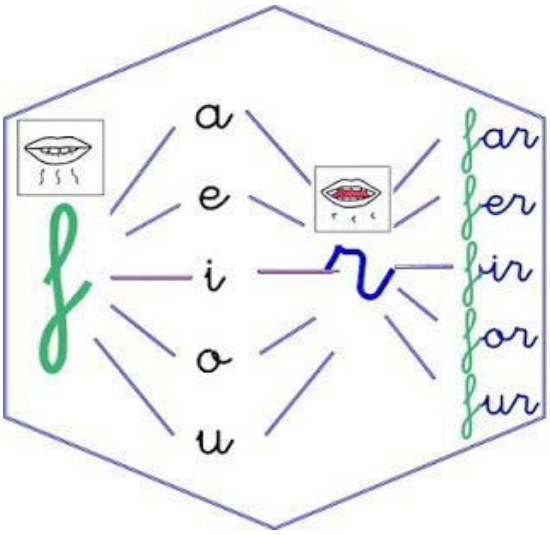
3.

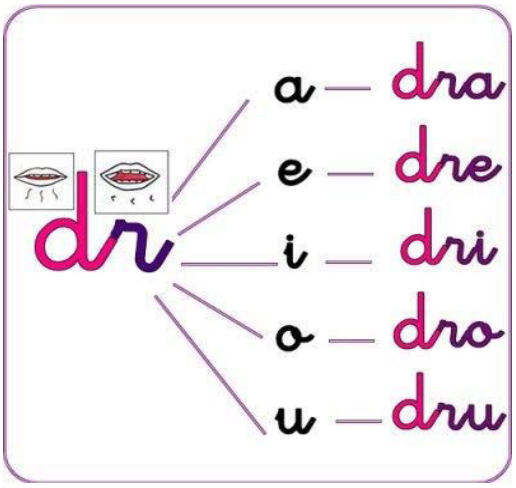
4. Arată-mi ceașca plină.

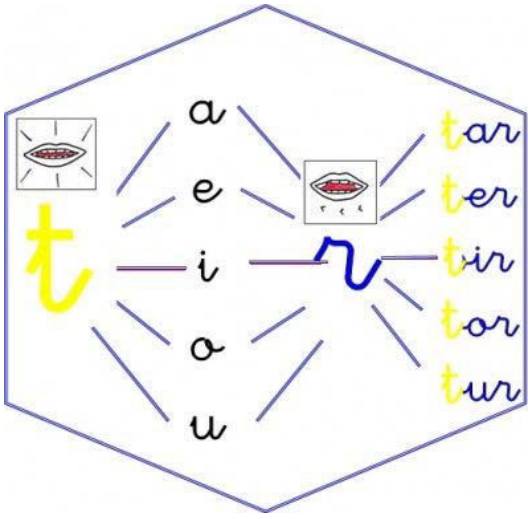


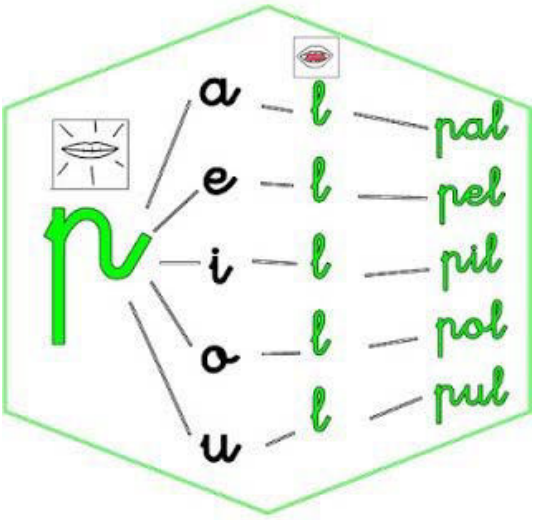
5.

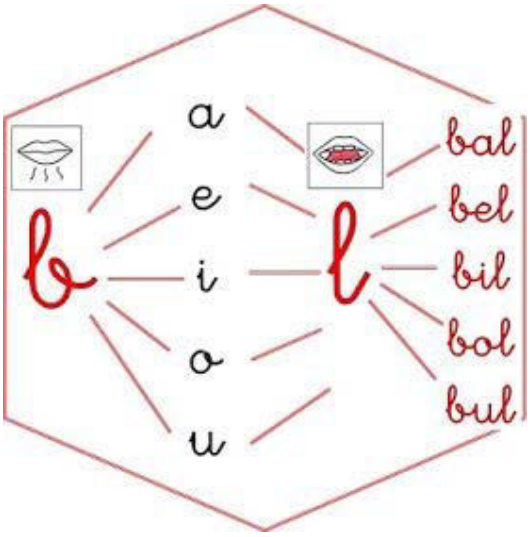
Fișa 10.3 Exemple de silabisiri

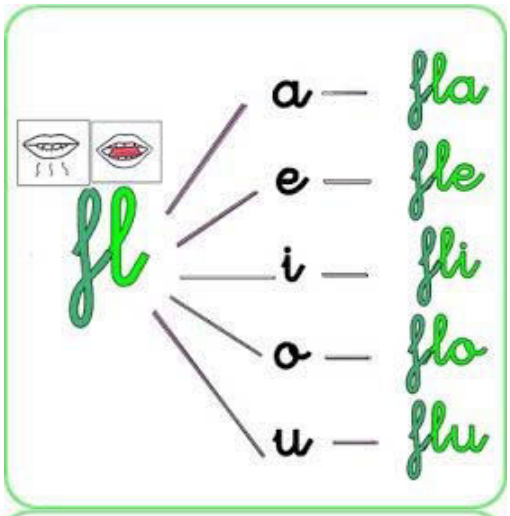


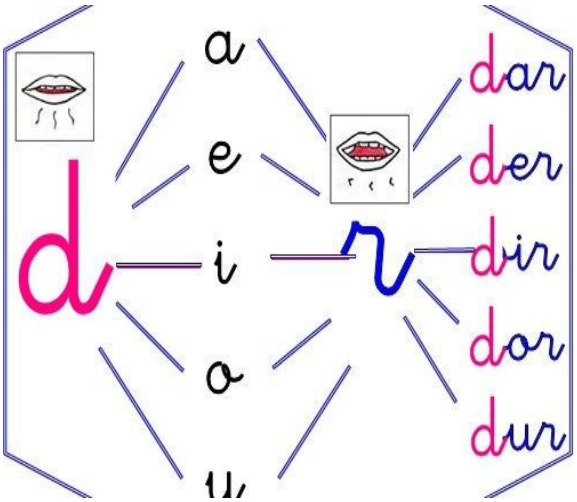


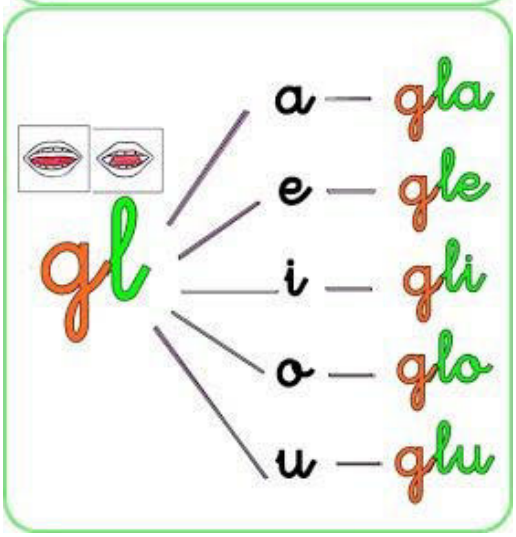


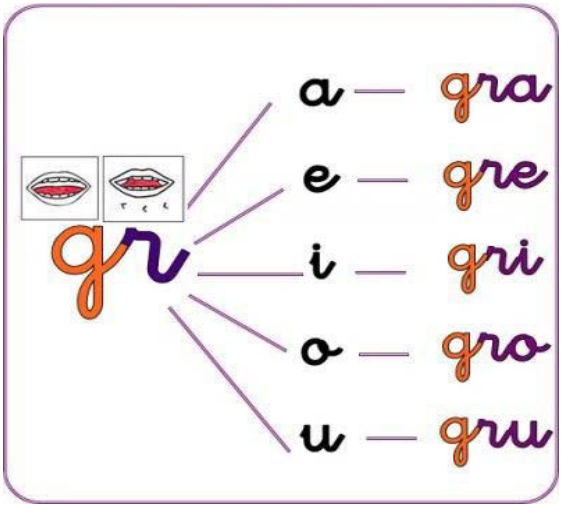


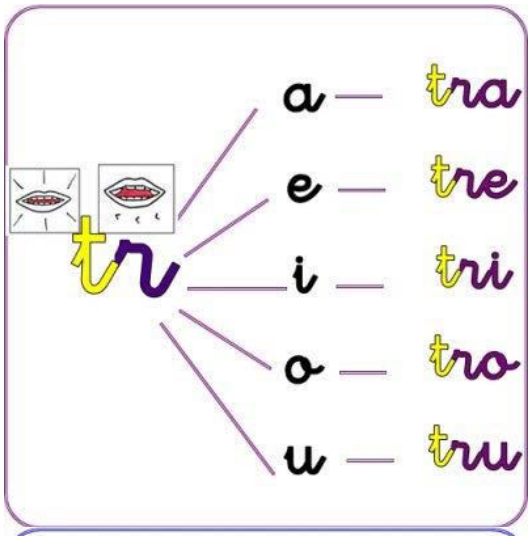

a
e
i
o
u
bal
bel
bil
bol
bul

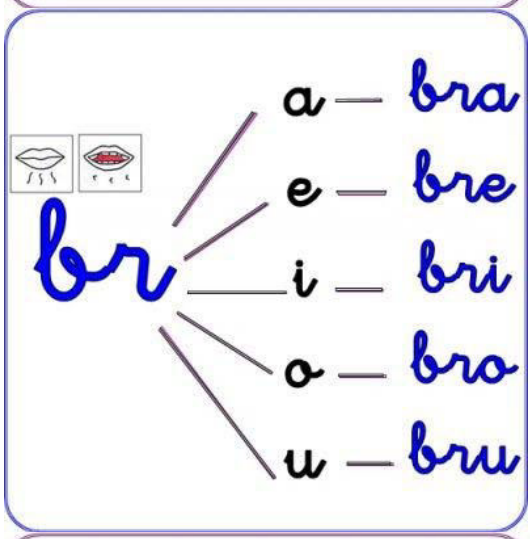

a — fla
e — fle
i — fli
o — flo
u — flu

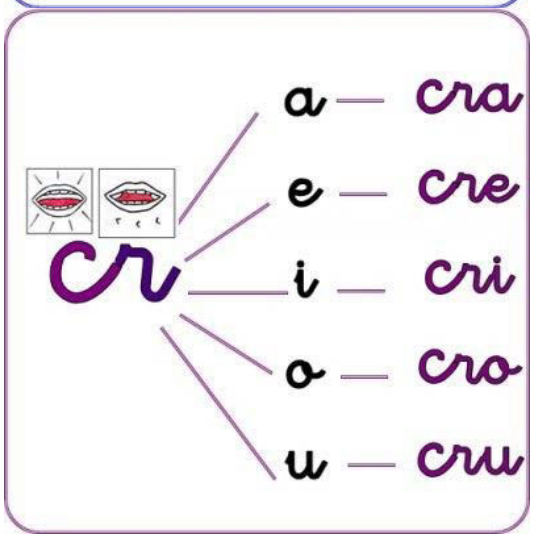

a
e
i
o
u
dar
der
dir
dor
dur

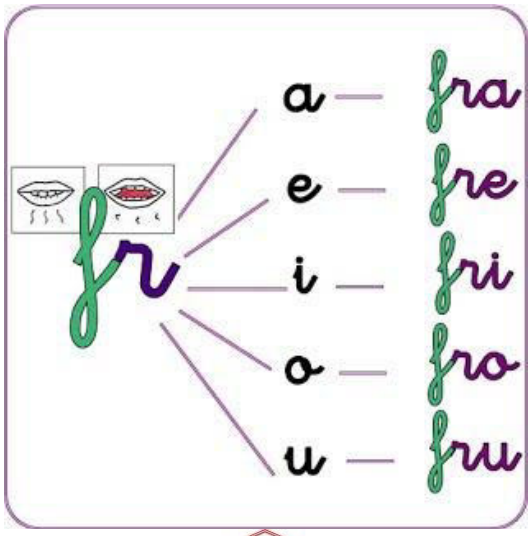

a — gla
e — gle
i — gli
o — glo
u — glu

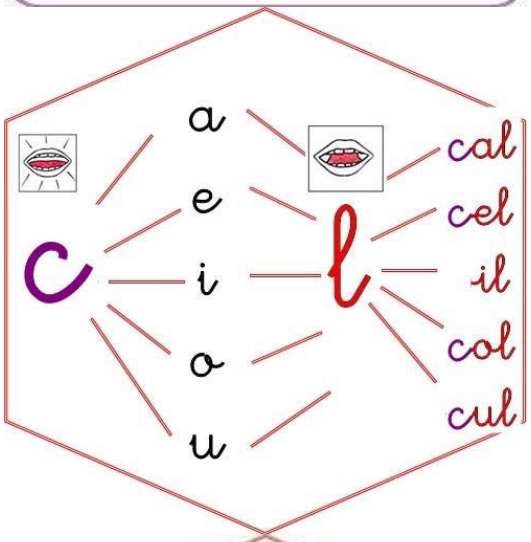

a — gra
e — gre
i — gri
o — gro
u — gru

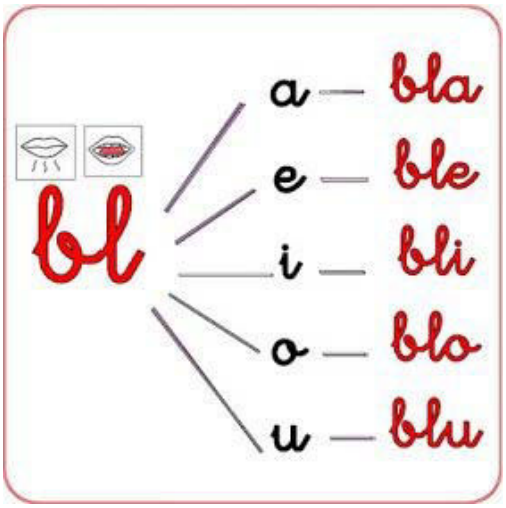

tr
a — tra
e — tre
i — tri
o — tro
u — tru

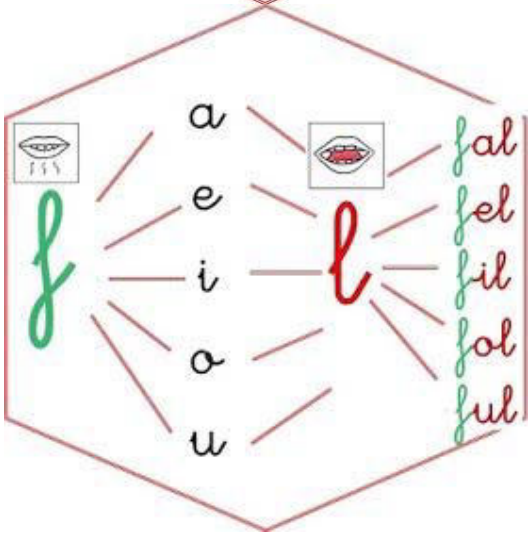

br
a — bra
e — bre
i — bri
o — bro
u — bru

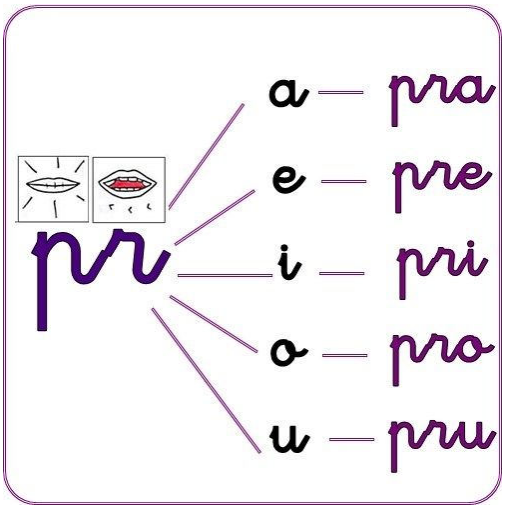

cr
a — cra
e — cre
i — cri
o — cro
u — cru

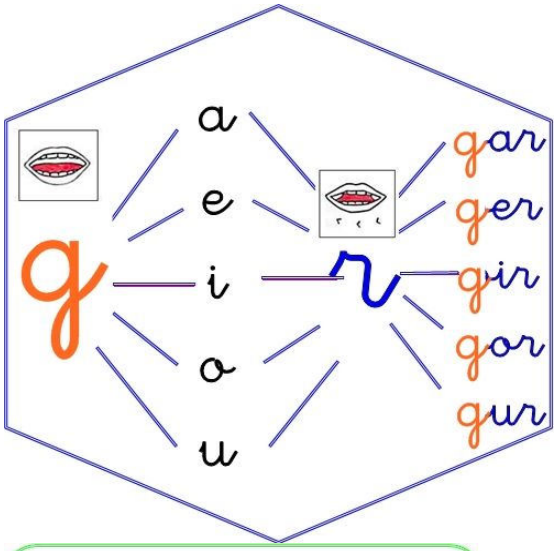

a — fra
e — fre
i — fri
o — fro
u — fru

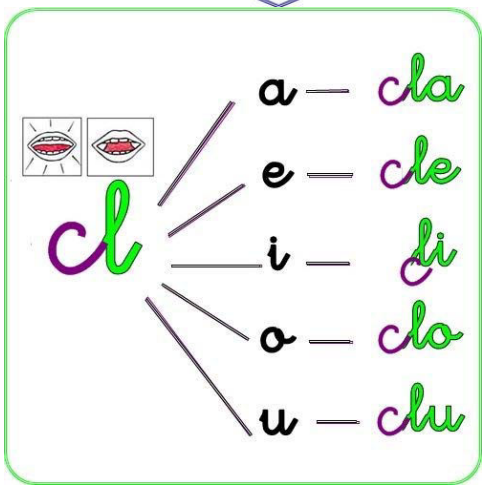

a
e
i
o
u
cal
cel
il
col
cul


a — bla
e — ble
i — bli
o — blo
u — blu


a
e
i
o
u
fal
fel
fil
fol
ful


a — pra
e — pre
i — pri
o — pro
u — pru


a
e
i
o
u
gar
ger
gir
gor
gur


a — cla
e — cle
i — cli
o — clo
u — clu

Rezumat

Cele mai cunoscute abordări ale procesului logopedic sunt:

- Abordările centrate pe familie, incluzând aici și instruirea părinților;
- Terapia logopedică individuală sau de grup;
- Terapia directivă (des utilizată la copiii cu vârste până în 3 ani), pentru că se pune accent deosebit pe însușirea unui limbaj corect și utilizarea regulilor gramaticale;
- Terapia non-directivă (mai ales pentru copiii peste 3 ani), întrucât învățarea situațională este ușor de asimilat prin modelare sau focalizarea indirectă asupra structurilor lingvistice deficitare (am Zehnhoff-Dinnesen, Wiskirska-Woznica, Neumann, & Nawka, 2020).

Părinții sunt principala sursă de suport psihologic dar și surse primare de informații care se pot dovedi esențiale în diagnosticarea tulburării și în conturarea programului terapeutic putând fii un factor important în recuperarea logopatului.

Principalele **tehnici logopedice directive** sunt cele orientate spre problemă, cum ar fi tehnica de contrast fonologic, în care logopedul este cel care decide care vor fi materialele utilizate pentru a atinge obiectivele stabilite și tehnica vocabularului de bază, care este directivă, dar materialele sunt alese de copil (Holm, Dodd, 1999).

Terapia non-directivă reprezintă una dintre tehnicile de terapie logopedică care permite copiilor să își dezvolte abilitățile de comunicare, fără a simți că este într-un context terapeutic. Jocul este principala formă de organizare, întrucât este o activitate obișnuită a copilului.

Terapia logopedică presupune un algoritm de exerciții ce trebuie respectate cu strictețe pentru a putea avea rezultatele dorite. Orice demers logopedic sau de stimulare al limbajului începe cu o serie de *exerciții de stimulare a mobilității aparatului fono-articulator*. O altă componentă esențială o reprezintă *educarea respirației*. *Dezvoltarea auzului fonematic* se realizează prin exerciții de discriminare perceptivă, de articulare și de dezvoltare a ritmului.

.

Referințe bibliografice

1. am Zehnhoff-Dinnesen, A., Wiskirska-Woznica, B., Neumann, K., & Nawka, T. (2020). *Phoniatrics I Fundamentals–Voice Disorders–Disorders of Language and Hearing Development.* Berlin: Springer
2. Cogher, L. (1999). The use of non-directive play in speech and language therapy. *Child Language Teaching and Therapy*, *15*(1), 7-15.
3. Dodd, B. (2013). *Differential diagnosis and treatment of children with speech disorder*. John Wiley & Sons.
4. Dunst, C. J., Johanson, C., Trivette, C. M. and Hamby, D. (1991) Family-oriented early intervention policies and practices: family-centered or not? *Exceptional Children, 58,* 115–126.
5. Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Support for learning*, *23*(3), 136-143.
6. Hanna, K., & Rodger, S. (2002). Towards family-centred practice in paediatric occupational therapy: A review of the literature on parent–therapist collaboration. *Australian Occupational Therapy Journal*, *49*(1), 14-24.
7. Holm, A., & Dodd, B. (1999). An intervention case study of a bilingual child with phonological disorder. *Child Language Teaching and Therapy, 15,* 139-158.
8. Law, J., Garrett, Z., & Nye, C. (2003). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
9. Shelton, T. L., Jeppson, E. S. and Johnson, B. H. (1987). *Family centered Care for Children with Special Health Care Needs.* Washington, DC: Association for the Care of Children's Health.
10. Vrăsmaş, E., Muşu, I., & Stănică, C. (1997). *Terapia tulburarilor de limbaj: interventii logopedice*. București: Editura Didactică şi Pedagogică.
11. Wade, K. M. & Haynes, W. O. (1986). Dynamic assessement of spontaneous language and cue responses in adult-directed and child-directed play: A statistical and descriptive analysis. *Child Language Teaching and Therapy, 12*, 157-173.
12. Yoder, P. J., Kaiser, A. P., & Alpert, C. L. (1991). An exploratory study of the interaction between language teaching methods and child characteristics. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *34*(1), 155-167.

Bibliografie

1. Achievement, A. (1999). Evaluation and management of the child with speech delay. *Am Fam Physician*, 59(11), 3121-3128.
2. Alm, P. A. (2004). Stuttering and the basal ganglia circuits: A critical review of possible relations. *Journal of Communication Disorders*, 37, 325–369.
3. Almada, A., Simões, R., Constante, M., Casquinha, P., & Heitor, M. J. (2016). Psychogenic stuttering: A case and review. *European Psychiatry*, 33, S386-S387.
4. am Zehnhoff-Dinnesen, A., Wiskirska-Woznica, B., Neumann, K., & Nawka, T. (2020). *Phoniatrics I Fundamentals–Voice Disorders–Disorders of Language and Hearing Development.* Berlin: Springer
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
6. American Speech-Language-Hearing Association. (1993). *Asha* (Vol. 35). The Association.
7. ASHA (2019). *Speech and Language Disorders.* Accesat în 22.04.2019, https://www.asha.org/public/speech/disorders/
8. Bak, T. H. (2016). The impact of bilingualism on cognitive ageing and dementia. *Linguistic Approaches to Bilingualism*, *6*(1), 205-226.
9. Bedford, R., Pickles, A., & Lord, C. (2015). Early gross motor skills predict the subsequent development of language in children with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 1–9. https://doi.org/10.1002/aur.1587.
10. Beitchman, J. H., Tuckett, M., & Batth, S. (1987). Language delay and hyperactivity in preschoolers: Evidence for a distinct subgroup of hyperactives. *Canadian Journal of Psychiatry*, *32*(8), 683–687.
11. Bodea Haţegan, C. (2016). *Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise.* București, România: Editura Trei.
12. Bothe, A. K., Davidow, J. H., Bramlett, R. E., & Ingham, R. J. (2006). Stuttering treatment research 1970–2005: I. Systematic review incorporating trial quality assessment of behavioral, cognitive, and related approaches. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15, 321–341.
13. Bowen, C. (2015). *Children's speech sound disorders. Second edition*. Oxford, England: John Wiley&Sons.
14. Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane database of systematic reviews*, (6). Art. No.: CD000425. DOI: 10.1002/14651858.CD000425.pub4
15. Brandone, A., Salkind, S., Golinkoff, R. M., & Hirsh-Pasek, K. (2006). Language development. In G. Bear & K. Minke (Eds.), *Children's needs: Development, prevention, and intervention*, pp. 499-514. Bethesda, MD: National Association of School Psychologists
16. Broca, P. (1861). Remarks on the seat of the faculty of articulated language, following an observation of aphemia (loss of speech). *Bulletin de la Société Anatomique*, 6, 330-57. Accesat în 12.09.2019 https://psychclassics.yorku.ca/Broca/aphemie-e.htm
17. Browman, C. P., & Goldstein, L. M. (1986). Towards an articulatory phonology. *Phonology*, *3*, 219-252. https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED274022.pdf#page=222 accesat în 12.07.2019.
18. Bruyneel, E., Demurie, E., Warreyn, P., & Roeyers, H. (2019). The mediating role of joint attention in the relationship between motor skills and receptive and expressive language in siblings at risk for autism spectrum disorder. *Infant Behavior and Development*, *57*, 101377.

19. Camarata, S. M. (2016). *Întârzierile de vorbire la copii: un symptom sau o etapă*. București: Editura Trei.
20. Campbell, T. F., Dollaghan, C. A., Rockette, H. E., Paradise, J. L., Feldman, H. M., Shriberg, L. D., ... & Kurs-Lasky, M. (2003). Risk factors for speech delay of unknown origin in 3-year-old children. *Child development*, 74(2), 346-357.
21. Catalá-López, F., Ridao, M., Hurtado, I., Núñez-Beltrán, A., Gènova-Maleras, R., Alonso-Arroyo, A., ... & Tabarés-Seisdedos, R. (2019). Prevalence and comorbidity of autism spectrum disorder in Spain: study protocol for a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Systematic reviews*, *8*(1), 141.
22. Causton, J., Tracy-Bronson, C. P. (2014). *The speech-language pathologist's handbook for inclusive school practices.* Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Company.
23. Chan, K. M., & Fugard, A. J. (2018). Assessing speech, language and communication difficulties in children referred for ADHD: A qualitative evaluation of a UK child and adolescent mental health service. *Clinical child psychology and psychiatry, 23*(3), 442-456.
24. Charlop-Christy, M. H., Carpenter, M., Le, L., LeBlanc, L. A., & Kellet, K. (2002). Using the picture exchange communication system (PECS) with children with autism: Assessment of PECS acquisition, speech, social-communicative behavior, and problem behavior. *Journal of applied behavior analysis*, *35*(3), 213-231.
25. Cilia, F., Garry, C., Brisson, J., & Vandromme, L. (2018). Attention conjointe et exploration visuelle des enfants au développement typique et avec TSA: synthèse des études en oculométrie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *66*(5), 304-314.
26. Cîrneci, D., (2004). *Demascarea secolului: Ce face din noi creierul? Introducere în neuroştiinţele dezvoltării*, Editura Eikon, Cluj-Napoca.
27. Cocoradă, E., Năstasă, L. E., (2007). *Fundamentele psihopedagogiei speciale. Introducere în logopedie.* Sibiu, România: Psihomedia.
28. Cogher, L. (1999). The use of non-directive play in speech and language therapy. *Child Language Teaching and Therapy*, *15*(1), 7-15.
29. Connally, E. L., Ward, D., Howell, P., & Watkins, K. E. (2014). Disrupted white matter in language and motor tracts in developmental stuttering. *Brain and language*, 131, 25-35.
30. Cornelissen, K., Laine, M., Tarkiainen, A., Järvensivu, T., Martin, N., & Salmelin, R. (2003). Adult brain plasticity elicited by anomia treatment. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 15(3), 444-461.
31. Crișan, C. (2014). *Tulburările din spectrul autist. Diagnoză, evaluare, terapie*. Cluj: Eikon
32. Damico, J. S., Müller, N., & Ball, M. J. (Eds.). (2013). *The handbook of language and speech disorders.* West Sussex: Wiley-Blackwell.
33. Darley, F. L., Aronson, A. E., & Brown, J. R. (1969). Differential diagnostic patterns of dysarthria. *Journal of speech and hearing research, 12*, 246-269.
34. Dashtipour, K., Tafreshi, A., Lee, J., & Crawley, B. (2018). Speech disorders in Parkinson's disease: pathophysiology, medical management and surgical approaches. *Neurodegenerative disease management, 8*(5), 337-348.
35. David, C., Roșan, A., (2019). *Intervenții psihopedagogice în tulburările specific de învățare. Învățăm fonologic – program structurat de antrenament al conștiinței fonologice bazat pe dovezi științifice.* Iași, România: Polirom.
36. De Chassey, J., Brignone, S. (2008). *Terapia comportamentală și cognitivă a tulburărilor de ritm și fluență.* Iași: Polirom.

37. De Keyser, K., Santens, P., Bockstael, A., Botteldooren, D., Talsma, D., De Vos, S., ... & De Letter, M. (2016). The relationship between speech production and speech perception deficits in Parkinson's disease. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 59*(5), 915-931.
38. Dodd, B. (2013). *Differential diagnosis and treatment of children with speech disorder*. John Wiley & Sons.
39. Duat-Rodríguez, A., Martínez-Albaladejo, I., Pérez-Sebastián, I., Cantarín-Extremera, V., Hedrera-Fernández, A., & García-Peñas, J. J. (2017). Síndrome de Kleine-Levin: diagnóstico diferencial en los síndromes encefalíticos recurrentes del adolescente. *Revista de Neurología*.
40. Duffy, J. R. (1995). Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management. st. louis, mo: Mosby-year book.*) ^ (Eds.): 'Book Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management. St. Louis, MO: Mosby-Year Book' (Inc, 2005, edn.)*.
41. Duffy, J. R. (2013). *Motor Speech disorders-E-Book: Substrates, differential diagnosis, and management.* Elsevier Health Sciences.
42. Dunst, C. J., Johanson, C., Trivette, C. M. and Hamby, D. (1991) Family-oriented early intervention policies and practices: family-centered or not? *Exceptional Children, 58,* 115–126.
43. Ekman, P. (2001). *Telling lies: Clues to deceit in the market place, marriage, and politics (3rd ed.).* New York, NY: Norton.
44. Ekman, P. (2003). Darwin, deception, and facial expression. In P. Ekman, J. J. Campos, R. J. Davidson, & F. B. M. de Waal (Eds.), *Emotions inside out: 130 years after Darwin's the expression of the emotions in man and animals* (pp. 205–221). New York, NY: New York Academy of Sciences.
45. El-Henawy, W. M., Dadour, E. S. M., Salem, M. M., & El-Bassuony, J. M. (2012). The effectiveness of using self-regulation strategies on developing argumentative writing of EFL prospective teachers. *Journal of the Egyptian Association for Reading and Knowledge, 27*(1), 1-28.
46. Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Support for learning*, *23*(3), 136-143.
47. Ewing-Cobbs, L., & Barnes, M. (2002). Linguistic outcomes following traumatic brain injury in children. In *Seminars in Pediatric Neurology, 9*(3), 209-217. WB Saunders.
48. Fernyhough, C., & Fradley, E. (2005). Private speech on an executive task: Relations with task difficulty and task performance. *Cognitive Development, 20*(1), 103–120. doi:10.1016/j. cogdev.2004.11.002
49. Flaugnacco, E., Lopez, L., Terribili, C., Montico, M., Zoia, S., & Schön, D. (2015). Music training increases phonological awareness and reading skills in developmental dyslexia: a randomized control trial. *PloS one*, *10*(9).
50. Fracasso, L. E., Bangs, K., & Binder, K. S. (2016). The contributions of phonological and morphological awareness to literacy skills in the adult basic education population. *Journal of Learning Disabilities, 49*(2), 140-151.
51. Gainotti, G., Caltagirone, C., & Zoccolotti, P. (1993). Left/right and cortical/subcortical dichotomies in the neuropsychological study of human emotions. *Cognition & Emotion, 7*(1), 71-93. https://doi.org/10.1080/02699939308409178
52. GBD (2017). Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 390 (10100):1211–59. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2.

53. Geurts, H. M., & Embrechts, M. (2008). Language profiles in ASD, SLI, and ADHD. *Journal of autism and developmental disorders, 38*(10), 1931.
54. Gherghuț, A . (2013). *Sinteze de psihopedagogie specială.* Iași, România: Polirom
55. Gooch, D., Sears, C., Maydew, H., Vamvakas, G., & Norbury, C. F. (2019). Does Inattention and Hyperactivity Moderate the Relation Between Speed of Processing and Language Skills?. *Child development*.
56. Goodrich, J. M., & Lonigan, C. J. (2016). Lexical characteristics of Spanish and English words and the development of phonological awareness skills in Spanish-speaking language-minority children. *Reading and Writing, 29*(4), 683-704.
57. Guzmán-Vélez, E., & Tranel, D. (2015). Does bilingualism contribute to cognitive reserve? Cognitive and neural perspectives. *Neuropsychology, 29*(1), 139.
58. Habib, M., Robichon, F., Levrier, O., Khalil, R., & Salamon, G. (1995). Diverging asymmetries of temporo-parietal cortical areas: a reappraisal of Geschwind/Galaburda theory. *Brain and Language*, 48(2), 238-258.
59. Hampton, L. H., & Kaiser, A. P. (2016). Intervention effects on spoken-language outcomes for children with autism: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Intellectual Disability Research, 60*, 444–463.
60. Hanna, K., & Rodger, S. (2002). Towards family-centred practice in paediatric occupational therapy: A review of the literature on parent–therapist collaboration. *Australian Occupational Therapy Journal*, *49*(1), 14-24.
61. Hanten, G., Wilde, E. A., Menefee, D. S., Li, X., Lane, S., Vasquez, C., ... & Chapman, S. B. (2008). Correlates of social problem solving during the first year after traumatic brain injury in children. *Neuropsychology, 22*(3), 357.
62. Hawa, V. V., & Spanoudis, G. (2014). Toddlers with delayed expressive language: An overview of the characteristics, risk factors and language outcomes. *Research in developmental disabilitie*s, 35(2), 400-407.
63. Hegde, M. N. (2006). *Treatment protocols for stuttering*. San Diego: Plural Publishing.
64. Henderson, D., Jensen, M., Drucker, J., & Lutz, A. (2019). Rehabilitation of Speech, Language, and Swallowing Disorders in *Clients with Acquired Brain Injury* (pp. 201-226). In Elbaum, J. (2019). *Acquired Brain Injury.* An Integrative Neuro-Rehabilitation Approach. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-16613-7
65. Hick, R. F., Botting, N., & Conti-Ramsden, G. (2005). Short-term memory and vocabulary development in children with Down syndrome and children with specific language impairment. *Developmental Medicine and Child Neurology, 47(*8), 532-538.
66. Hilton, J. C., & Seal, B. C. (2007). Brief report: comparative ABA and DIR trials in twin brothers with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, *37*(6), 1197-1201
67. Hogan, T., Catts, H., & Little, T. (2005). The relationship between phonological awareness and reading: Implications for the assessment of phonological awareness. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 36*(4), 285–293
68. Holm, A., & Dodd, B. (1999). An intervention case study of a bilingual child with phonological disorder. *Child Language Teaching and Therapy, 15,* 139-158.
69. Hoskin, J., & Herman, R. (2001). The Communication, Speech and Gesture of a Group Of Hearing-Impaired Children. *International journal of language & communication disorders, 36*(S1), 206-209. https://doi.org/10.3109/13682820109177885
70. Howell, P. (2011). *Recovery from stuttering*. New York: Psychology Press.
71. Hume, S. B., Schwarz, I., & Hedrick, M. (2018). Preliminary Investigation of the Use of Phonological Awareness Paired With Production Training in Childhood Apraxia of Speech. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups, 3*(16), 38-52.

72. Hustad, K. C., Gorton, K., & Lee, J. (2010). Classification of speech and language profiles in 4-year-old with cerebral palsy: A prospective preliminary study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 53*, 1496–1513.
73. Irvine, C. A., Eigsti, I. M., & Fein, D. A. (2016). Uh, um, and autism: filler disfluencies as pragmatic markers in adolescents with optimal outcomes from autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, *46*(3), 1061-1070.
74. Jolleff, N., & Ryan, M. M. (1993). Communication development in Angelman's syndrome. *Archives of Disease in Childhood,* 69(1), 148-150. http://dx.doi.org/10.1136/adc.69.1.148
75. Kay-Raining Bird, et al. (2000). Reading and phonological awareness in children with Down syndrome: A longitudinal study. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *9*(4), 319–330.
76. Kempler, D. (1995). Language changes in dementia of the Alzheimer type. *Dementia and communication*, 98-114.
77. Keulen, S., Verhoeven, J., De Witte, E., De Page, L., Bastiaanse, R., & Mariën, P. (2016). Foreign accent syndrome as a psychogenic disorder: a review. *Frontiers in human neuroscience*, *10*, 168.
78. Knowles, W., & Masidlover, M. (1982). 1982: Derbyshire Language Scheme. Derbyshire County Council.
79. Knuijt, S. (2018). *Prevalence of dysarthria and dysphagia in neuromuscular diseases and an assessment tool for dysarthria in adults* (Doctoral dissertation, Radboud University Nijmegen). https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/191605/191605.pdf accesat în 11.07.2019
80. Kronfeld-Duenias, V., Amir, O., Ezrati-Vinacour, R., Civier, O., & Ben-Shachar, M. (2016). The frontal aslant tract underlies speech fluency in persistent developmental stuttering. *Brain Structure and Function*, 221(1), 365-381.
81. Kuravackel, G.M., Ruble, L.A., Reese, R.J., Ables, A.P., Rodgers, A.D., & Toland, M.D. (2018). COMPASS for Hope: Evaluating the effectiveness of a parent training and support program for children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 48*, 404-416
82. Landrigan, P. J. (2010). What causes autism? Exploring the environmental contribution. *Current opinion in pediatrics*, *22*(2), 219-225.
83. Larkin, F., Hobson, J. A., Hobson, R. P., & Tolmie, A. (2017). Collaborative competence in dialogue: Pragmatic language impairment as a window onto the psychopathology of autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *43*, 27-39.
84. Lavid, N., (2003). Understanding stuttering. USA: University Press of Mississippi.
85. Law, J., Garrett, Z., & Nye, C. (2003). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
86. Levy, E. S. (2014). Implementing two treatment approaches to childhood dysarthria. *International Journal of Speech-Language Pathology, 16*(4), 344-354.
87. Lillard, A. S., Lerner, M. D., Hopkins, E. J., Dore, R. A., Smith, E. D., & Palmquist, C. M. (2013). The impact of pretend play on children's development: A review of the evidence. *Psychological bulletin, 139*(1), 1.
88. Lindsey, A., Hurley, E., Mozeiko, J., & Coelho, C. (2018). Follow-up on the Story Goodness Index for characterizing discourse deficits following traumatic brain injury. *American journal of speech-language pathology, 28*(1S), 330-340.
89. Logan, K. J. (2015). *Fluency disorders*. San Diego: Plural Publishing.

90. Lubart, E., Leibovitz, A., Baumoehl, Y., Klein, C., Gil, I., Abramovitz, J., ... Habot, B. (2005). Progressing stroke with neurological deterioration in a group of Israeli elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 41*(1), 95–100.
91. Luc, F., Sasisekaran, J., Van Lieshout, P. H., & Sandor, P. (2005). Speech disfluencies in individuals with Tourette syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(1), 97-102.
92. Lugo-Marín, J., Magán-Maganto, M., Rivero-Santana, A., Cuellar-Pompa, L., Alviani, M., Jenaro-Rio, C., ... & Canal-Bedia, R. (2019). Prevalence of psychiatric disorders in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *59*, 22-33.
93. Luyster, R. J., Kadlec, M. B., Carter, A., & Tager-Flusberg, H. (2008). Language assessment and development in toddlers with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, *38*(8), 1426-1438.
94. Mahon, M., (2009). Interactions between a deaf child for whom English is an additional language and his specialist teacher in the first year at school: Combining words and gestures. *Clinical Linguistics & Phonetics, 23*(8), 611-629, DOI: 10.1080/02699200802491140
95. Mannion, A., & Leader, G. (2013). Comorbidity in autism spectrum disorder: A literature review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *7*(12), 1595-1616.
96. Martin, G. E., Klusek, J., Estigarribia, B., & Roberts, J. E. (2009). Language characteristics of individuals with Down syndrome. *Topics in language disorders, 29*(2), 112.
97. Matheron, D., Stathopoulos, E. T., Huber, J. E., & Sussman, J. E. (2017). Laryngeal aerodynamics in healthy older adults and adults with Parkinson's disease. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 60*(3), 507-524.
98. McLeod, S., Harrison, L. J., Whiteford, C., & Walker, S. (2016). Multilingualism and speech-language competence in early childhood: Impact on academic and social-emotional outcomes at school. *Early Childhood Research Quarterly*, 34, 53-66.
99. McNeil, M., R., Robin, D. A., & Schmidt, R. A. (1997). Apraxia of speech: Definition, differentiation, and treatment. In M.R. McNeil (ed), *Clinical management of sensorimotor speech disorders* (pp. 311-44). New York: Thieme.
100. McPartland, J. C., Reichow, B., & Volkmar, F. R. (2012). Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51*(4), 368-383.
101. Mehu, M., Mortillaro, M., Bänziger, T., & Scherer, K. R. (2012). Reliable facial muscle activation enhances recognizability and credibility of emotional expression. *Emotion, 12*(4), 701-715. http://dx.doi.org.pva.uib.no/10.1037/a0026717
102. Mody, M., & Belliveau, J. W. (2013). Speech and language impairments in autism: insights from behavior and neuroimaging. *North American journal of medicine & science*, *5*(3), 157.
103. Mueller, K. L., & Tomblin, J. B. (2012). Examining the comorbidity of language disorders and ADHD. *Topics in Language Disorders, 32*(3), 228.
104. Müler, (2013). Dementia in Damico, J. S., Müller, N., & Ball, M. J. (Eds.). (2013). *The handbook of language and speech disorder*s. West Sussex: Wiley-Blackwell.
105. Murata, M. (1979). The recitative soliloquy. *Journal of the American Musicological Society, 32*(1), 45-73.
106. Murdoch, B. E., and Whelan, B. M. (2009). *Speech and Language Disorders Associated with Subcortical Pathology.* Chichester: Wiley-Blackwell.
107. Naess, K. A. B. (2016). Development of phonological awareness in Down syndrome: A meta-analysis and empirical study. *Developmental psychology, 52*(2), 177.

108. Năstasă, L. E. (2011). *Muzica în educaţia specială*. Braşov: Ed. Universităţii Transilvania.
109. Norbury, C. F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., & Pickles, A. (2016). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: Evidence from a population study. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 57*(11), 1247–1257. https://doi.org/10.1111/jcpp.12573
110. Nordberg, A., Carlsson, G., & Lohmander, A. (2011). Electropalatography in the description and treatment of speech disorders in five children with cerebral palsy. *Clinical linguistics & phonetics, 25*(10), 831-852.
111. Nouri, N., Nouri, N., Abdali, H., Shafie, M., & Karimi, H. (2012). Stuttering: Genetic updates and a case report. *Advanced biomedical research*, 1.
112. Ortiz, K. Z., Brabo, N. C., & Minett, T. S. C. (2016). Sensorimotor speech disorders in Parkinson's disease: Programming and execution deficits. *Dementia & neuropsychologia*, *10*(3), 210-216.
113. Papalia, D.E., Wendkos Olds, S., Duskin Feldman, R. (2010). *Dezvoltarea umană.* București, România: Editura Trei.
114. Park, S., Theodoros, D., Finch, E., & Cardell, E. (2016). Be clear: A new intensive speech treatment for adults with nonprogressive dysarthria. *American Journal of Speech-Language Pathology, 25*(1), 97-110.
115. Parker, N. K., Kelly, H., Miller, N., & Pennington, L. (2016). Speech therapy for children with dysarthria acquired before three years of age. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016*(7). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6457859/ Accesat în 12.08.2019
116. Paul, R. (Ed.). (2014). *Introduction to clinical methods in communication disorders (3rd ed.).* Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Company.
117. Păunescu, C., Toncescu, N., Soreescu, V., Neagu, M., (1976). *Introducere în logopedie.* Bucureşti, România: Editura didactică și pedagogică.
118. Pennington, B. F., Moon, J., Edgin, J., Stedron, J., & Nadel, L. (2003). The neuropsychology of Down syndrome: evidence for hippocampal dysfunction. *Child development, 74*(1), 75-93.
119. Pennington, L., Parker, N. K., Kelly, H., & Miller, N. (2016). Speech therapy for children with dysarthria acquired before three years of age. *Cochrane Database of Systematic Reviews,* (7).
120. Piaget, J. (1923/2003). *Language and thought of the child.* New York, NY: Routledge.
121. Potkins, D., Myint, P., Bannister, C., Tadros, G., Chithramohan, R., Swann, A., ... & Margallo-Lana, M. (2003). Language impairment in dementia: impact on symptoms and care needs in residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 18*(11), 1002-1006.
122. Prelock, P. A., & Hutchins, T. L. (2018). *Clinical Guide to Assessment and Treatment of Communication Disorders.* Springer International Publishing.
123. Rentschler, G. J. (2011). *Here's how to Do Stuttering Therapy*. San Diego: Plural Publishing.
124. Riedeman, S., & Turkstra, L. (2018). Knowledge, confidence, and practice patterns of speech-language pathologists working with adults with traumatic brain injury. *American journal of speech-language pathology, 27*(1), 181-191.
125. Rodrigues, J. M., Mestre, M., & Fredes, L. I. (2019). Qigong in the treatment of children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of integrative medicine*. https://doi.org/10.1016/j.joim.2019.04.003
126. Rogalski, E., Khayum, R., McKenna, H., Wieneke, C., Corden, M. E., & Mesulam, M. M. (2015). Communication bridge: Initial observations from an internet-based speech therapy program for individuals with aphasic dementias. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association, 11*(7), P575.

127. Rogers, S. J., Hayden, D., Hepburn, S., Charlifue-Smith, R., Hall, T., & Hayes, A. (2006). Teaching young nonverbal children with autism useful speech: A pilot study of the Denver model and PROMPT interventions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *36*(8), 1007-1024.
128. Roizen, N. J., Wolters, C., Nicol, T., & Blondis, T. A. (1993). Hearing loss in children with Down syndrome. *The Journal of pediatrics, 123*(1), S9-S12.
129. Roșan, A. (ed.) (2015). *Psihopedagogie specială. Modele de evaluare și intervenție*. Iași, România: Polirom.
130. Roth, F., & Worthington, C.K. (2016). *Treatment resource manual for speech-language pathology. 5th edition.* Clifton Park, NY: Delmar, Cengage Learning.
131. Sander, E. K. (1972). When are speech sounds learned?. *Journal of speech and hearing disorders*, *37* (1), 55-63.
132. Schneider, B. (2014). *Autism spectrum disorders. In Child Psychopathology: From Infancy to Adolescence* (pp. 372-393). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511978883.021
133. Schoen Simmons, E., Paul, R., & Volkmar, F. (2014). Assessing pragmatic language in autism spectrum disorder: The Yale in vivo pragmatic protocol. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, *57,* 2162–2173.
134. Selçuk, E. B., Erbay, L. G., Özcan, Ö. Ö., Kartalci, Ş., & Batcioğlu, K. (2015). Testosterone levels of children with a diagnosis of developmental stuttering. Therapeutics and clinical risk management, 11, 793.
135. Shelton, T. L., Jeppson, E. S. and Johnson, B. H. (1987). *Family centered Care for Children with Special Health Care Needs.* Washington, DC: Association for the Care of Children's Health.
136. Shriberg, L. D., Kwiatkowski, J., & Mabie, H. L. (2019). Estimates of the prevalence of motor speech disorders in children with idiopathic speech delay. *Clinical linguistics & phonetics*, 1-28.
137. Shriberg, L. D., Strand, E. A., Jakielski, K. J., & Mabie, H. L. (2019). Estimates of the prevalence of speech and motor speech disorders in persons with complex neurodevelopmental disorders. *Clinical Linguistics & Phonetics, 33*(8), 707-736.
138. Shriberg, L. D., Tomblin, J. B., & McSweeny, J. L. (1999). Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment. *Journal of speech, language, and hearing research*, 42(6), 1461-1481.
139. Siegel, B. (2004). VIA. Visual Interaction Augmentation. *Autism News of Orange County & and the Rest of the World*, *3*, 7-11.
140. Skodda, S., (2010). *Speech and Voice Disorders in Parkinson's Disease. in Harrison, A. E. (2010). Speech disorders: causes, treatment and social effects.* New York, NY: Nova Science Publishers, Incorporated.
141. So, W. C., Wong, M. K. Y., Lui, M., & Yip, V. (2015). The development of co-speech gesture and its semantic integration with speech in 6-to 12-year-old children with autism spectrum disorders. *Autism, 19*(8), 956-968.
142. St. Louis, K. O., & Schulte, K. (2011). Defining cluttering: The lowest common denominator. In D. Ward & K. Scaler Scott (Eds.), *Cluttering: Research, intervention and education* (pp. 233-253). East Sussex, UK: Psychology Press.
143. St. Louis, K. O., Raphael, L. J., Myers, F. L., & Bakker, K. (2003). Cluttering updated. *The ASHA Leader*, *8*(21), 4-22, accesat în data de 10.10.2019 la https://leader.pubs.asha.org/doi/full/10.1044/leader.FTR1.08212003.4
144. Stanovich, K. (2000). *Progress in understanding reading: Scientific foundations and new frontiers.* New York, NY: Guildford.

145. Stipancic, K. L., Borders, J. C., Brates, D., & Thibeault, S. L. (2019). Prospective Investigation of Incidence and Co-Occurrence of Dysphagia, Dysarthria, and Aphasia Following Ischemic Stroke. *American journal of speech-language pathology, 28*(1), 188-194.
146. Suggate, S. P. (2016). A meta-analysis of the long-term effects of phonemic awareness, phonics, fluency, and reading comprehension interventions. *Journal of learning disabilities, 49(*1), 77-96.
147. Sunderajan, T., & Kanhere, S. V. (2019). Speech and language delay in children: Prevalence and risk factors. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(5), 1642.
148. Suresh, R., Ambrose, N., Roe, C., Pluzhnikov, A., Wittke-Thompson, J. K., Ng, M. C. Y., ... & Ezrati, R. (2006). New complexities in the genetics of stuttering: significant sex-specific linkage signals. *The American Journal of Human Genetics*, 78(4), 554-563.
149. Swan, K., Hopper, M., Wenke, R., Jackson, C., Till, T., & Conway, E. (2018). Speech-language pathologist interventions for communication in moderate–severe dementia: A systematic review. *American Journal of Speech-Language Pathology, 27*(2), 836-852.
150. Tager-Flusberg, H. (2018). Early predictors of language development in autism spectrum disorder. *Sources of variation in first language acquisition: Languages, contexts, and learners*, 391-408.
151. Thambirajah, M. S. (2011). *Developmental assessment of the school-aged child with developmental disabilities: A clinician's guide*. Jessica Kingsley Publishers.
152. Thelen, E., & Bates, E. (2003). Connectionism and dynamic systems: Are they really different?. *Developmental Science, 6*(4), 378 - 391. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1467-7687.00294 accesat în 12.06.2019.
153. Tomblin, J. B., & Mueller, K. (2012). Foreword: Exploring the comorbidity of attentiondeficit/ hyperactivity disorder and language, speech and reading disorders. *Topics in Language Disorders*, 32, 195–197.
154. Torgesen, J. K., Wagner, R. K., Rashotte, C. A., & Herron, J. (2018). Summary of Outcomes from First Grade Study with" Read, Write, and Type" and" Auditory Discrimination in Depth" Instruction and Software with At-Risk Children. FCRR Technical Report# 2. *Florida Center for Reading Research*.
155. Turkstra, L. S., Politis, A. M., & Forsyth, R. (2015). Cognitive–communication disorders in children with traumatic brain injury. *Developmental Medicine & Child Neurology, 57*(3), 217-222.
156. Vermeerbergen, M., Leeson, L., & Crasborn, O. A. (Eds.). (2007). *Simultaneity in signed languages: Form and function* (Vol. 281). John Benjamins Publishing.
157. Verza, E. (2009). *Tratat de logopedie* (Vol. II). Bucureşti, România: Editura Semne.
158. Vidovic, M., Sinanovic, O., Sabaskic, L., Haticic, A., & Brkic, E. (2011). Incidence and types of speech disorders in stroke patients. *Acta Clinica Croatica, 52*(4), 491–494.
159. Vogel, A. P., Stoll, L. H., Oettinger, A., Rommel, N., Kraus, E. M., Timmann, D., ... & Synofzik, M. (2019). Speech treatment improves dysarthria in multisystemic ataxia: a rater-blinded, controlled pilot-study in ARSACS. *Journal of neurology, 266*(5), 1260-1266.
160. Vrăsmaş, E., Muşu, I., & Stănică, C. (1997). *Terapia tulburarilor de limbaj: interventii logopedice*. București: Editura Didactică şi Pedagogică.
161. Wade, K. M. & Haynes, W. O. (1986). Dynamic assessement of spontaneous language and cue responses in adult-directed and child-directed play: A statistical and descriptive analysis. *Child Language Teaching and Therapy, 12*, 157-173.
162. Wallace, I. F., Berkman, N. D., Watson, L. R., Coyne-Beasley, T., Wood, C. T., Cullen, K., & Lohr, K. N. (2015). Screening for speech and language delay in children 5 years old and younger: a systematic review. *Pediatrics*, 136(2), e448-e462.

163. Wicker, B., Keysers, C., Plailly, J., Royet, J. P., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2003). Both of us disgusted in My insula: the common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron, 40*(3), 655-664. https://doi.org/10.1016/S0896-6273(03)00679-2
164. Wooles, N., Swann, J., & Hoskison, E. (2018). Speech and language delay in children: a case to learn from. *British Juornal of General Practice*, 68(666), 47-48.
165. World Health Organization (2015). *ICD-10 online, version for 2015*. Geneva: World Health Organization, accesat în 11,09.2019 la https://icd.who.int/browse10/2015/en#/F01
166. Woumans, E. V. Y., Santens, P., Sieben, A., Versijpt, J. A. N., Stevens, M., & Duyck, W. (2015). Bilingualism delays clinical manifestation of Alzheimer's disease. *Bilingualism: Language and Cognition, 18*(3), 568-574.
167. Wray, C., Norbury, C. F., & Alcock, K. (2016). Gestural abilities of children with specific language impairment. *International Journal of Language & Communication Disorders, 51*(2), 174-182.
168. Yell, M. L., Shriner, J. G., & Katsiyannis, A. (2006). Individuals with disabilities education improvement act of 2004 and IDEA regulations of 2006: Implications for educators, administrators, and teacher trainers. *Focus on exceptional children*, *39*(1), 1-24.
169. Yoder, P. J., Kaiser, A. P., & Alpert, C. L. (1991). An exploratory study of the interaction between language teaching methods and child characteristics. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *34*(1), 155-167.
170. Zimmermann, K., & Brugger, P. (2013). Signed soliloquy: Visible private speech. *Journal of deaf studies and deaf education, 18(*2), 261-270.

Lista tabelelor

Tabel 1.3.1. Timeline. Etape importante în dezvoltarea domeniului terapiei tulburărilor de limbaj și comunicare.....p 11
Tabel 1.4.1. Repere în achiziția limbajului de la naștere la 18 ani.....p 18
Tabel 1.4.2. Repere în dezvoltarea articulării sunetelor.....p 20
Tabelul 4.3.1. Corespondența aspecte esențiale de comunicare – metode de investigare.....p 58
Tabelul 7.4.1. Tipuri de dizartrie și cauzele acesteia (după Knuijt, 2018, p. 11).....p 101

Lista Fișelor

Fișă 4.5.1. Fișa de examinare logopedică.....p 62
Fișa 10.1 Exerciții de gimnastică facială, mișcări ale buzelor…….p 153
Fișa 10.2 Orientare spațială .....p 155
Fișa 10.3 Exemple de silabisiri.....p 157

Lista figurilor

Figura 2.3.1. Aparatul respirator.....p 26
Figura 2.3.2. Organele sistemului respirator.....p 27
Figura 2.3.3. Anatomia laringelui. Aspect general.....p 29
Figura 2.3.4. Anatomia laringelui, planșe detaliate.....p 29
Figura 2.3.5. Sistemul respirator.....p 30
Figura 2.3.6. Ariile creierului.....p 33
Figura 2.3.7. Funcții ale creierului.....p 34
Figura 2.4.1. Mușchii expresiilor faciale.....p 38
Figura 2.4.2. Mușchii expresiilor faciale.....p 39
Figura 8.1 Grila de analiză funcțională SECCA (De Chassey, Brignone, 2008, p.55).....p 126
Fig. 10.3.1. Managementul intervenției logopedice (adaptare după Dodd, 2013, p 122)....p 151

ISBN 978-606-37-0770-4